

PROGRAM ERASMUS+
FORMULARZ PRACOWNIKA NOMINOWANEGO
WYJAZD W CELACH SZKOLENIOWYCH
ROK AKADEMICKI 2018/2019

Imię i nazwisko	
Staż pracy (proszę zaznaczyć właściwą pozycję)	Młodszy stażem (< 10 lat) O średnim stażu (>10 i <20 lat) Starszy stażem (> 20 lat)
Nazwa jednostki organizacyjnej MWSLiT	
Wydział uczelni/przedsiębiorstwa	
Numer paszportu	
Imię i nazwisko posiadacza rachunku	
Pełna nazwa banku	
Numer SWIFT	
Numer IBAN	

Potwierdzam, że zapoznałam/zapoznałem się z zasadami przyznawania i realizacji stypendiów zagranicznych programu Erasmus+ w MWSLiT.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pracownika