|  |  |
| --- | --- |
| **WNIOSEK**  **O ZAWARCIE POROZUMIENIA O WSPÓŁPRACY ZE SZKOŁĄ** | |
| **DANE SZKOŁY PARTNERSKIEJ** | |
| Pełna nazwa szkoły partnerskiej: |  |
| Adres siedziby szkoły partnerskiej: |  |
| Dyrektor szkoły partnerskiej: |  |
| Osoba odpowiedzialna za realizację porozumienia ze strony szkoły partnerskiej: | Imię i nazwisko :  nr. tel.:  adres e-mail: |
| Okres współpracy: |  |
| **DANE UAM** | |
| Wydział / Filia UAM: |  |
| Obszar nauk objętych współpracą (dyscyplina): |  |
| Osoba odpowiedzialna za realizację porozumienia ze strony Wydziału / Filii UAM: | Imię i nazwisko :  nr. tel.:  adres e-mail: |
| Załączniki: | 1. Program współpracy 2. ……………………… |
| Podpis Dziekana / Dyrektora Filii |  |