|  |
| --- |
| **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  |  |