Łomża, dnia ……………..

|  |
| --- |
| Nazwisko i imię studenta: |
| Kierunek – rok i semestr studiów: |
| Adres zamieszkania: |
| Telefon: |

**OŚWIADCZENIE**

**Ja niżej podpisany/na oświadczam, iż:**

1. Zapoznałem/zapoznałam się z zasadami obowiązującymi studentów Akademii Łomżyńskiej uczestniczących w programie ERASMUS+ wynikających z Regulaminu Studiów AŁ,
2. przyjąłem/przyjęłam do wiadomości konieczność ubezpieczenia się w zakresie zapewniającym koszty leczenia, następstwa nieszczęśliwych wypadków na czas podróży i pobytu w uczelni/instytucji partnerskiej. W związku z powyższym zobowiązuję się wykupić odpowiednią polisę ubezpieczeniową,
3. jestem gotowy/gotowa dofinansować mój pobyt stypendialny w (nazwa uczelni/instytucji zagranicznej)………………………………………………………… w ramach Programu Erasmus+ w roku akademickim ……………………….

………………………………

 (Podpis studenta)