|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko** |  | **Imię** |  |
| **Uczelnia/ instytucja przyjmująca** |  | **Kraj** |  |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wypłacenie grantu Programu ERASMUS+ w formie przelewuna podane poniżej konto.

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa banku:**  |  |
| **Pełen numer rachunku bankowego (IBAN i numer):** |  |
| **SWIFT/BIC:** |  |
| **Waluta rachunku:**  |  |

………………………. …………………………………………………

 Data Podpis

Oświadczam, że zapoznałam /-em się z zasadami udziału w Programie Erasmus+ Szkolnictwo Wyższe Akcja KA107 pracowników Uniwersytetu Ignatianum w Krakowie oraz uczelni partnerskiej.

………………………. …………………………………………………

 Data Podpis

Po powrocie z wyjazdu zobowiązuję się złożyć w wyznaczonym terminie on-line Ankietę Stypendysty Erasmusa oraz indywidualny raport opisowy. Wyrażam zgodę na anonimowe/ imienne opublikowanie na stronach UIK raportu opisowego.

………………………. …………………………………………………

 Data Podpis