



KARTA WYBORU FORMY WSPARCIA

Imię i nazwisko Uczestnika/czki:		Nazwa i stopień kierunku studiów:	
Nazwa wydziału:		Semestr studiów:	

Proszę zaznaczyć krzyżykiem [x] w białym polu wybrany przez Państwa kurs językowy

TERMINARZ SZKOLEŃ JĘZYKOWYCH

Forma: ON-LINE	JĘZYK WŁOSKI				JĘZYK HISZPAŃSKI				JĘZYK SZWEDZKI			
	GRUPA	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III
Dni realizacji	Poniedziałki i wtorki 8:00	Środy 10:00 i czwartki 8:00	Poniedziałki 14:00 i wtorki 13:00	Środy 12:00 i piątki 11:00	Środy 15:00, czwartki 15:00 i soboty 10:30	Wtorki 10:00 i środy 10:00	Czwartki 10:00 i piątki 10:00	Czwartki 15:30 i piątki 16:00	Poniedziałki 12:00-13:30 i czwartki (co 2 tyg.) 11:30-13:00	Środy 10:00-11:30 i czwartki (co 2 tyg.) 11:30-13:00	Poniedziałki 14:00 – 15:30 i piątki (co 2 tyg.) 10:30 – 12:00	Środy 12:00 – 13:30 i piątki (co 2 tyg.) 10:30 – 12:00
Wybór szkolenia (proszę wstawić X)												

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU