



Załącznik nr 6

do Regulaminu rekrutacji w Projekcie Profesjonalny MEDYK - podniesienie jakości kształcenia zawodowego w WSCKZiU Konin

REZYGNACJA Z UCZESTNICTWA W KURSIE/ SZKOLENIU

Ja, niżej podpisany/-a
(imię i nazwisko)

oświadczam, że rezygnuję z udziału w:

.....
realizowanych/-ym w ramach Projektu Profesjonalny MEDYK - podniesienie jakości kształcenia zawodowego w WSCKZiU Konin współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego z powodu.....
.....
.....
.....

.....
Data, podpis uczestnika Projektu