



**Załącznik nr 5**

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa słuchaczy w projekcie „Profesjonalny MEDYK - podniesienie jakości kształcenia zawodowego w WSKZiU Konin”

**REZYGNACJA Z UCZESTNICTWA W SZKOLENIU/ KURSIE // STAŻU ZAWODOWYM \***

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

oświadczam, że rezygnuję z udziału w\*:

- a. Szkoleniu / kursie zawodowym
- b. Stażu zawodowym

z powodu .....  
.....  
.....

realizowanym w ramach Projektu „Profesjonalny MEDYK - podniesienie jakości kształcenia zawodowego w WSKZiU Konin” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu i **zobowiązuję się pokryć koszty z tym związane.**

.....  
Data, podpis uczestnika Projektu

\**Podkreślić właściwe*