Warszawa, dnia …………………………

imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………

nr albumu ……………………………………………………………………………………………

rok studiów, kierunek studiów …………………………………………………………….

tel. kontaktowy ……………………………………………………

e-mail ………………………………………………………………….

**Dziekan** [**Wydziału Medycznego. Collegium Medicum**](https://osoby.uksw.edu.pl/jednostka/WMCM)

………………………………………………………………………………….

**PODANIE W SPRAWIE PRZENIESIENIA OSIĄGNIĘĆ (UZNANIA PRZEDMIOTU)**

Zwracam się z prośbą o przeniesienie osiągnięć:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Uzyskane osiągnięcia z przedmiotu** | **Przenoszone na przedmiot** |
| **Nazwa przedmiotu** |  |  |
| **Kierunek** |  |  |
| **Uczelnia**  |  |  |
| **Rodzaj studiów** |  |  |
| **Rok / semestr** |  |  |
| **Prowadzący zajęcia** |  |  |
| **Liczba godzin** |  |  |
| **ECTS** |  |  |
| **Ocena** ćwiczenia/egzamin**\*** |  |  |

Załączniki:

a) sylabus zaliczonego przedmiotu / karta zaliczonego przedmiotu\*;

b) karta przebiegu studiów / karta okresowych osiągnięć studenta, potwierdzona przez właściwy dziekanat bądź suplement\*.

\* niepotrzebne skreślić

……………………………………………………………

 data, podpis studenta

**Opinia prowadzącego przedmiot WMCM w sprawie przeniesienia osiągnięć (uznania przedmiotu):** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………

 data, podpis prowadzącego przedmiot WMCM

**Decyzja:** …………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………

 data, podpis wydającego decyzję

Odpowiedź (forma, data, podpis): ……………………………………………………………………………………………………………………….