

PODANIE o zakwalifikowanie do Programu PoMost

Dane studenta:

..... nazwisko	 imię
..... nr pesel	 rok i semestr studiów, kierunek studiów
..... poziom studiów (<i>pierwszego stopnia , drugiego stopnia, jednolite magisterskie</i>)	 forma studiów (<i>stacjonarne, niestacjonarne</i>)
..... nr telefonu kontaktowego	 adres e-mail

Rektor

.....
nazwa uczelni macierzystej

za pośrednictwem

Dziekana (Dyrektora studiów)

.....
nazwa wydziału / zakres studiów

Proszę o zakwalifikowanie mnie do realizacji przedmiotu w semestrze letnim/zimowym w roku

akademickim..... w..... na kierunku

.....
nazwa uczelni przyjmującej

W załączeniu przedstawiam sylabus proponowanego przedmiotu.

.....
miejscowość, data

.....
własnoręczny, czytelny podpis studenta

Opinia Dziekana (Dyrektora studiów):

.....
.....

Zaliczenie przedmiotu odbędzie się na zasadzie:

- ☐ uznania efektów uczenia się dla przedmiotu
- ☐ dodatkowego osiągnięcia ujętego w suplemencie do dyplomu

.....
data

.....
podpis Dziekana (Dyrektora studiów)

Decyzja Rektora: wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody