

PODANIE o zakwalifikowanie do Programu PoMost

Dane studenta:

..... nazwisko imię
..... nr pesel rok studiów, kierunek studiów
..... poziom studiów (<i>I stopnia , II 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*.

.....
miejsowość, 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

.....
data

.....
podpis Rektora

Opinia Dziekana Wydziału (Dyrektora studiów), na którym realizowany będzie ww. przedmiot:

.....
.....
.....

.....
data

.....
podpis Dziekana (Dyrektora studiów)

Decyzja Rektora uczelni przyjmującej: wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przyjęcie studenta

.....
data

.....
podpis Rektora