|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Kraków, dnia …………………....**Zał. 1** |
| Imię i nazwisko studenta |  |  |
| Nr albumu |  |  |
| Rok studiów  |  |  |
| Tel. |  |  |
|  |  | **Sz. P.** **Dr hab. Jacek Sapa, prof. UJ****Dziekan Wydziału Farmaceutycznego UJCM** |
| Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na przepisanie oceny/ocen\* w roku akademickim …..……./…………. z zaliczonego/zaliczonych\* już przedmiotu/przedmiotów\* wyszczególnionego/ych\* w tabeli stanowiącej załącznik do niniejszego podania. Przedmiot/przedmioty\* zrealizowałem/łam\* w Uczelni: |
| *Nazwa uczelni* |
| Do czasu wydania decyzji przez Dziekana Wydziału Farmaceutycznego UJ CM zobowiązuję się do udziału w zajęciach. |
|  |
|  |  |
|  | Podpis studenta |

Załączniki:

1. Tabela nr 1 (wykaz przedmiotu/ów \* do przepisania)
2. Kserokopie dokumentów poświadczających zaliczenie przedmiotu/ów \* (oryginały do wglądu)
3. Sylabusy zaliczonych przedmiotów

 \* niepotrzebne skreślić