**Załącznik nr 2** Kraków, dnia ………………………….

**Opinia w sprawie przepisania ocen na Wydziale Farmaceutycznym UJCM**

Imię i nazwisko studenta: …………………….………………………………..

Nr albumu: …………………………………….………………..

Rok studiów: ……………………………………………………...

E-mail / telefon ………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  | **Nazwa przedmiotu** | **Liczba godzin** | | | **ECTS** | **Ocena** | **Data uzyskania oceny** | **Opinia i podpis Koordynatora przedmiotu** | **Decyzja Dziekana** |
| **Wyk** | **Sem** | **Ćw** |
|  | Przedmiot zaliczony na innej Uczelni |  |  |  |  |  |  |  |  | Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody  ………………………………………………….  Podpis Dziekana |
| Przedmiot do zaliczenia na WFa UJ CM |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  | **Nazwa przedmiotu** | **Liczba godzin** | | | **ECTS** | **Ocena** | **Data uzyskania oceny** | **Opinia i podpis Koordynatora przedmiotu** | **Decyzja Dziekana** |
| **Wyk** | **Sem** | **Ćw** |
|  | Przedmiot zaliczony na innej Uczelni |  |  |  |  |  |  |  |  | Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody  ………………………………………………….  Podpis Dziekana |
| Przedmiot do zaliczenia na WFa UJ CM |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  | **Nazwa przedmiotu** | **Liczba godzin** | | | **ECTS** | **Ocena** | **Data uzyskania oceny** | **Opinia i podpis Koordynatora przedmiotu** | **Decyzja Dziekana** |
| **Wyk** | **Sem** | **Ćw** |
|  | Przedmiot zaliczony na innej Uczelni |  |  |  |  |  |  |  |  | Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody  ………………………………………………….  Podpis Dziekana |
| Przedmiot do zaliczenia na WFa UJ CM |  |  |  |  |  |  |  |