**Dane wnioskodawcy:**

………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

……………………………… ………………………

(numer albumu) (rok studiów)

………………………………………………………………

(kierunek i tryb studiów)

………………………………………………………………

(adres poczty elektronicznej – mail)

………………………………………………………………

(numer telefonu)

**Sz. P.**

**Dziekan**

**Wydziału Farmaceutycznego UJ CM**

**ul. Medyczna 9**

**30-688 Kraków**

Działając na podstawie Uchwały Rady Wydziału Farmaceutycznego UJCM nr 1/V/IX/2023 z dnia 25.09.2023 r. w przedmiocieszczegółowych zasad, warunków oraz trybu przenoszenia i uznawania punktów ECTS, zwracam się z wnioskiem o przeniesienie i uznanie punktów ECTS z przedmiotu zdanego w zakres punktów ECTS przedmiotu realizowanego w ………………………………………………………………………………………………………… (nazwa uczelni)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu** | **Liczba godzin** | **ECTS** | **Ocena** | **Data uzyskania oceny** |
| **Wyk.** | **Sem.** | **Ćw.** |
| Przedmiot zdany |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Przedmiot realizowany |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Opinia i podpis koordynatora przedmiotu:**……………………………………………………………………(podpis) |

Oświadczam, że zostałem poinformowany i przyjmuję do wiadomości, że do czasu zawiadomienia mnie o wydaniu decyzji o przeniesieniu i uznaniu punktów ECTS, jestem zobowiązany do uczestniczenia w całości zajęć z przedmiotu realizowanego.

……………………………………………………………………

(data i podpis)

Załączniki:

1. sylabus przedmiotu zdanego obowiązujący w dacie zaliczenia przedmiotu zdanego
2. dokumentacja przebiegu studiów