

.....

(Imię i nazwisko)

Olsztyn dn.

.....

(Numer albumu/ rok studiów)

.....

(Numer telefonu/ adres e-mail)

Sz. P.

dr hab. n. med. Agnieszka Skowrońska, prof. UWM

Prodziekan ds. studenckich i kształcenia
Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UWM
w Olsztynie

**PODANIE O UZNANIE EFEKTÓW UCZENIA SIĘ I PRZENIESIENIE OCENY
WRAZ Z PUNKTAMI ECTS**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na uznanie efektów uczenia się i przeniesienie oceny
wraz z punktami ECTS z przedmiotu

.....

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

Z poważaniem

Wymagane załączniki:

1. Karta przebiegu studiów
2. Sylabus przedmiotu (nie jest wymagany w przypadku przedmiotów realizowanych wcześniej na kierunku lekarskim WL UWM w Olsztynie)