

Poznań, dnia .....

Imię i nazwisko wnioskodawcy  
Adres do korespondencji  
Adres e-mail  
nr telefonu

DO  
UCZELNIANEJ KOMISJI DS. UZNAWANIA EFEKTÓW UCZENIA SIĘ  
W WYŻSZEJ SZKOLE ZDROWIA, URODY I EDUKACJI W POZNANIU

**WNIOSEK O POTWIERDZENIE EFEKTÓW UCZENIA SIĘ  
UZYSKANYCH POZA SYSTEMEM STUDIÓW**

Uprzejmie proszę o uznanie efektów uczenia się uzyskanych poza systemem studiów i proszę o ich weryfikację i zaliczenie dla kierunku studiów kosmetologia/dietetyka\* realizowanego na I/II\* stopniu, profil praktyczny/ogólnoakademicki\* w ramach następujących przedmiotów/modułów.

| <b>Lp.</b> | <b>Efekt kształcenia</b> | <b>Nazwa przedmiotu/modułu</b> | <b>Wskazanie dowodu, który pozwala na uznanie posiadanego efektu kształcenia</b> |
|------------|--------------------------|--------------------------------|--|
|            |                          |                                |  |
|            |                          |                                |  |
|            |                          |                                |  |
|            |                          |                                |  |
|            |                          |                                |  |
|            |                          |                                |  |

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1) CV
- 2) świadectwo dojrzałości/dyplom licencjata\* lub równorzędny/dyplom magistra lub równorzędny\*<sup>1</sup>;
- 3) dokumenty potwierdzające posiadanie .... letnie doświadczenie zawodowe;
- 4) dokumenty potwierdzające uzyskanie efektów uczenia się;
- 5) kserokopię potwierdzającą wniesienie opłaty za weryfikację efektów uczenia się.

.....  
*podpis wnioskodawcy*

*Załączniki:*

- szczegółowy opis dołączanych dokumentów

---

\* niepotrzebne skreślić