Poznań, dnia *kliknij tutaj, aby wprowadzić datę*

*Kliknij tutaj, aby wprowadzić imię i nazwisko*

*Kliknij tutaj, aby wprowadzić adres zamieszkania*

*Wybierz kierunek studiów*

*Wybierz stopień studiów*

*Wybierz formę studiów*

*Wybierz rok studiów*

**DZIEKAN WYDZIAŁU**

**NAUK O ZDROWIU**

**WSZUIE W POZNANIU**

**dr inż. Agnieszka Wiśniewska**

**PODANIE O PRZENIESIENIE Z INNEJ UCZELNI**

 Zwracam się z prośbą do Pani Dziekan o wyrażenie zgody na przeniesienie na studia *wybierz stopień studiów,* *wybierz formę studiów*, na kierunek *wybierz kierunek studiów* na semestr *wybierz semestr*, w roku akademickim *kliknij tutaj, aby wprowadzić rok akademicki* .

Obecnie jestem studentem/studentką *Wpisz nazwę uczelni macierzystej*, na *wybierz rok studiów* roku studiów, *wybierz semestr* semestrze, na kierunku *wybierz kierunek studiów*.

 Jednocześnie proszę o wyznaczenie różnic programowych i ustalenie opłat za semestr.

Z wyrazami szacunku:

……………………………

Do podania załączam:

1. Pisemną zgodę na przeniesienie z uczelni macierzystej.
2. Zaświadczenie o statusie studenta.
3. Potwierdzoną przez uczelnię macierzystą informację o przebiegu studiów zawierającą nazwy zrealizowanych przedmiotów, uzyskane oceny, liczbę godzin oraz liczbę punktów ECTS.

Decyzja Dziekana:

….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………

….………………………………………………………………………………………………

….………………………………………………………………………………………………