Poznań, dnia *kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.*

*Kliknij tutaj, aby wprowadzić imię i nazwisko*

*Kliknij tutaj, aby wprowadzić adres zamieszkania*

*Kliknij tutaj, aby wprowadzić numer albumu*

*Wybierz kierunek studiów*

*Wybierz formę studiów*

*Wybierz stopień studiów*

*Wybierz rok studiów*

*Kliknij tutaj, aby wprowadzić grupę*

**DZIEKAN WYDZIAŁU**

**NAUK O ZDROWIU**

**WSZUIE W POZNANIU**

**dr inż. Agnieszka Wiśniewska**

 Zwracam się z prośbą do Pani Dziekan o wyrażenie zgody na przepisanie ocen z *wybierz odpowiednią formę* w *wybierz odpowiednią formę wpisz semestr/y* w roku akademickim *wpisz rok akademicki* w/na *wpisz nazwę uczelni, kierunek .*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nazwa przedmiotu*** | ***Rok i semestr studiów*** | ***Liczba godzin i forma zajęć (w/ćw/sem/lab)*** | ***Ocena/Zaliczenie*** | ***Liczba punktów ECTS*** |
| *Wpisz nazwę przedmiotu* | *Wpisz rok i semestr studiów* | *Wpisz liczbę godzin i formę zajęć (w/ćw/sem/lab)* | *Wpisz ocenę/zaliczenie* | *Wpisz liczbę punktów ECTS* |
| *Wpisz nazwę przedmiotu* | *Wpisz rok i semestr studiów* | *Wpisz liczbę godzin i formę zajęć (w/ćw/sem/lab)* | *Wpisz ocenę/zaliczenie* | *Wpisz liczbę punktów ECTS* |
| *Wpisz nazwę przedmiotu* | *Wpisz rok i semestr studiów* | *Wpisz liczbę godzin i formę zajęć (w/ćw/sem/lab)* | *Wpisz ocenę/zaliczenie* | *Wpisz liczbę punktów ECTS* |

Z wyrazami szacunku

……………………………

Załączniki:

1. Indeks/kserokopia indeksu/wyciąg ocen\*
2. Karta opisu przedmiotu/sylabus\*
3. Opinia wykładowcy prowadzącego przedmiot.

Decyzja Dziekana:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………