



Poznań, dnia .....

.....  
/imię i nazwisko/

.....  
/adres zamieszkania/

.....  
/nr albumu/kierunek/stopień/ forma studiów/rok/grupa/

**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 zaliczonego przedmiotu/zaliczonych przedmiotów\* w semestrze/semestrach\* ....., w roku akademickim ..... w/na .....

*/nazwa uczelni, kierunek/*

<i>Nazwa przedmiotu</i>	<i>Rok i semestr studiów</i>	<i>Liczba godzin i forma zajęć (w/ćw/sem/lab)</i>	<i>Ocena/Zaliczenie</i>	<i>Liczba punktów ECTS</i>

Z wyrazami szacunku

.....

Załączniki:

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

\*niepotrzebne skreślić



Decyzja Dziekana:

.....

.....

.....

.....

.....



Opinia wykładowcy prowadzącego przedmiot:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis wykładowcy)