Łódź, dnia ..................................................

..............................................................

*nazwisko i imię studenta*

*..............................................................*

*rok studiów*

..............................................................

*kierunek studiów*

*...........................................................*

*nr albumu*

..............................................................

*telefon*

.............................................................

*e-mail*

**Szanowna Pani**

**dr hab. n. o zdrowiu profesor uczelni Ewa Borowiak**

**Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu**

**ds. Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa**

**PODANIE**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody w sprawie przeniesienia i uznania efektów uczenia się oraz liczby punktów ECTS zgodnie z Regulaminem studiów w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi – Uchwała nr 374/2020

z dnia 28 kwietnia 2020 r. Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zgodnie z § 44,

na kierunku:…………...............................................................w roku akademickim:………………….……….

w semestrze:…………………………………….

**Uzasadnienie:**

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

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

................................................... *podpis studenta*

*Na podstawie § 44, Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego uchwalonego Uchwałą nr 374/2020 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 28 kwietnia 2020 r.* ***nie wyrażam******zgody /******wyrażam zgodę*** *po uzyskaniu zgody Kierownika Przedmiotu.*

*Data ........................................... Podpis Prodziekana ....................................................*

*Data ........................................... Podpis Kierownika przedmiotu....................................................*