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

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

*nazwisko i imię studenta*

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

*rok studiów*

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

*kierunek studiów*

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

*nr albumu*

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

*telefon*

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

*e-mail*

**Szanowna Pani**

**Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu**

**ds. Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa**

**Uniwersytetu Medycznego w ŁodziDr hab. n. o zdrowiu profesor uczelni Ewa Borowiak**

**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 19/2023

z dnia 27 kwietnia 2023 r. Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zgodnie z § 48,

na kierunku:…………...............................................................w roku akademickim: **2023/2024**

w semestrze:…………………………………….

**Uzasadnienie:**

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

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

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

**Decyzja Prodziekana:**

*Na podstawie obowiązującego Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi* ***wyrażam zgodę***  */* ***nie wyrażam zgody***

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

***Data, podpis Prodziekana***