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***