

.....
Imię i nazwisko

.....
Tel. Kontaktowy

.....
E-mail studenta PUM

.....
Kierunek, rok studiów i nr albumu

Szczecin,
(data)

**Zakład Psychologii Zdrowia w Katedrze Psychiatrii
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
w Szczecinie**

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na zaliczenie przedmiotu na podstawie wyznaczenia różnic programowych

Na podstawie §22 Regulaminu studiów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie zwracam się z prośbą o przepisanie oceny z przedmiotu, *

obowiązującego w semestrze letnim/zimowym ** roku akademickiego 20...../20..... r. zrealizowanego na uczelni:

Nazwa uczelni:

Kierunek:

* nazwa przedmiotu realizowanego w PUM

** niepotrzebne skreślić

Nazwa przedmiotu w innej uczelni	Liczba godzin			Punkty ECTS	Forma zaliczenia (EGZ, ZAO, ZAL)	Uzyskana ocena
	Wykład	Seminaria	Ćwiczenia			

Nazwa przedmiotu realizowanego w PUM	Liczba godzin			Punkty ECTS	Forma zaliczenia (EGZ, ZAO, ZAL)	Uzyskana ocena
	Wykład	Seminaria	Ćwiczenia			

.....
podpis studenta

Decyzja Kierownika Jednostki

.....

.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć kierownika