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

*Imię i nazwisko studenta* Łódź, dnia.....................................

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

*Nr albumu*

…………………………...……….

*Wydział / kierunek*

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

*Rok studiów / rodzaj studiów ( st. / nst. )*

………………………………….

*Telefon kontaktowy*

**Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego ds. Oddziału Medycyny Laboratoryjnej**

**dr hab. n.med. Joanna Sikora prof. uczelni**

**PODANIE O PRZEPISANIE OCEN**

Proszę o przepisanie oceny z następujących przedmiotów:

…..................................................................................

…..................................................................................

Z wyżej wymienionych przedmiotów uzyskano zaliczenie na kierunku ....................................................................................................................................................., w Uczelni ....................................................................................................................................,  
w roku akademickim........../............

Do podania dołączam …................................…………zawierających wpisy, o których przepisanie proszę.

………………………………………

*Podpis studenta*

Załączniki:

1. Wypis z indeksu podpisany przez pracownika Uczelni
2. Sylabus dot. danego przedmiotu z poprzedniej uczelni (jeśli jest dostępny)

**Opinia kierownika przedmiotu,** na temat porównywalności programu przedmiotu w uczelni,   
w której student uzyskał ocenę.

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

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

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

*Data, podpis Kierownika Przedmiotu*

**Decyzja Prodziekana:**

…………………………………………………………………………………………………...

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

*Data, podpis Prodziekana*