*Załącznik nr 2*

 *drukować dwustronnie*

PODANIE o zakwalifikowanie do Programu PoMost

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane studenta:** |  |  |
| nazwisko |  | imię |
| nr pesel |  | rok i semestr studiów, kierunek studiów |
| poziom studiów (*pierwszego stopnia , drugiego stopnia, jednolite magisterskie*) |  | forma studiów (*stacjonarne, niestacjonarne*) |
| nr telefonu kontaktowego |  | adres e-mail |

**Rektor** ………………….…………………………………………………………

nazwa uczelni macierzystej

**za pośrednictwem**

**Dziekana (Dyrektora studiów)** ………………………………………...………………...…………………………………………………………..

nazwa wydziału / zakres studiów

Proszę o zakwalifikowanie mnie do realizacji przedmiotu w semestrze letnim/zimowym w roku akademickim.……… w…………………… na kierunku ……………………………………………………….

 nazwa uczelni przyjmującej

W załączeniu przedstawiam sylabus proponowanego przedmiotu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| miejscowość, data |  | własnoręczny, czytelny podpis studenta |

**Opinia Dziekana (Dyrektora studiów):**

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

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

Zaliczenie przedmiotu odbędzie się na zasadzie:

 uznania efektów uczenia się dla przedmiotu ……………………………………………………..

 dodatkowego osiągnięcia ujętego w suplemencie do dyplomu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| data |  | podpis Dziekana (Dyrektora studiów) |

**Decyzja Rektora:** wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| data |  | podpis Rektora |

**Opinia Dziekana** **Wydziału (Dyrektora studiów),** na którym realizowany będzie ww. przedmiot:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| data |  | podpis Dziekana (Dyrektora studiów) |

**Decyzja Rektora** uczelni przyjmującej:wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przyjęcie studenta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| data |  | podpis Rektora |