**Załącznik nr 1**

…………………………………. Bydgoszcz, dnia……………………..r. *(nazwisko i imię)*

Nr albumu: .....................................

Kierunek studiów:…………………………

Rok studiów:...................................

Adres: ……………………………………………………….

Dane kontaktowe: ……………………………*(telefon)*

………………………………………………………..*(e-mail)*

**Sz. P.**

**Prodziekan ds. studenckich**

**Wydziału Farmaceutycznego CM UMK**

**Dr hab. Artur Słomka, prof. UMK**

**WNIOSEK**

**o zaliczenie zajęć obowiązkowych/przepisanie zaliczenia z przedmiotu**

Na podstawie § 29 Regulaminu studiów Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu1 zwracam się z wnioskiem o zaliczenie zajęć obowiązkowych/ przepisanie zaliczenia z przedmiotu ………………………
oraz zaliczenie punktów ECTS. Prośbę swoją motywuję zaliczeniem przedmiotu …………………………………..
w roku akademickim ………………………………….. na kierunku/wymianie studenckie …………………………………
na uczelni……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Z poważaniem

…………………………..
 (podpis wnioskodawcy)

Załączniki 2

1. …………………………………………………………………………………………...
2. ……………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………

**Opinia koordynatora zajęć (przedmiotu) z wnioskowanego kierunku realizowanych na Wydziale Farmaceutycznym CM UMK.**

……………………………… Bydgoszcz, dnia……………………..r. *(nazwisko i imię Koordynatora )*

Katedra: .....................................

Po przeanalizowaniu dokumentacji dołączonej do wniosku o zaliczenie zajęć z przedmiotu

…………………………………………………………………studenta………………………………………………………………………………
 (nazwisko i Imię)

Potwierdzam 100% zbieżność efektów uczenia oraz zrealizowanie wymaganej liczby punktów ECTS (…….pkt.)

W związku z tym pozytywnie/negatywnie3,4  opiniuję przepisanie zaliczenia z przedmiotu ………………….

Dodatkowe uwagi: