



**UNIwersytet
OPolski**

Wydział Lekarski

ul. Oleska 48, 45-052 Opole
tel. +48 77 452 74 44, +48 77 452 74 16
dwl@uni.opole.pl
www.lekarski.uni.opole.pl

.....
Nazwisko i Imię

Opole, dnia 20..... r.

.....
Rok studiów, semestr, kierunek, forma studiów

.....
Adres korespondencyjny

.....
Nr tel. oraz adres e-mail

**Dziekan
Wydziału Lekarskiego
Uniwersytetu Opolskiego**

**PODANIE O WYRAŻENIE ZGODY NA PRZENIESIENIE Z INNEJ UCZELNI
NA KIERUNEK LEKARSKI**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na przyjęcie mnie na kierunek lekarski prowadzony przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Opolskiego od semestru zimowego w roku akademickim 20...../ 20..... .

Aktualnie studiuje

.....
(wpisać: nazwę uczelni, wydział, kierunek)

rok:, semestr:, stacjonarne/niestacjonarne

Uzasadnienie:

.....
.....

Do wniosku należy dołączyć:

- Kwestionariusz osobowy studenta ubiegającego o przeniesienie z innej uczelni,
- Zgoda na przeniesienie z uczelni macierzystej,
- Kserokopię karty przebiegu studiów / karty okresowych osiągnięć,
- Zaświadczenie o średniej ocen z zaliczonych lat studiów,
- Program studiów wraz z określonymi efektami kształcenia / uczenia się dla poszczególnych przedmiotów,
- Oświadczenie o niekaralności dyscyplinarnej w uczelni macierzystej,
- Kserokopię świadectwa ukończenia szkoły średniej i świadectwa dojrzałości,
- Informację o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych.

.....
(czytelny podpis studenta/studentki)

.....
Data wpływu wniosku