…………………………………….….……………… Olsztyn, dnia ………..…20….. r.

(Imię i nazwisko)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kierunek:** ……………………………………………  stacjonarne/niestacjonarne *(pokreślić właściwe)*  **rok studiów** ….… semestr: … stopień studiów:…  …….……………………………………  (telefon kontaktowy)  Nr albumu   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | | **dr inż. Magdalena Lemecha**  **Prodziekan ds. studenckich**  **Wydziału Nauk Technicznych**  **Uniwersytetu Warmińsko–Mazurskiego**  **w Olsztynie** |

Zwracam się z prośbą o **przepisanie ocen z przedmiotu** *(pełna nazwa przedmiotu):*

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

na podstawie zaliczenia przedmiotu *(podać jeżeli inna nazwa przedmiotu niż w/w przedmiot)*:

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

na kierunku *(podać jeżeli inny kierunek)*: ………………………………….….……………………………………………

uczelni *(podać jeżeli inna uczelnia)*: ……………………………………………………………………..……………………

Do podania załączam sylabus zaliczonego przedmiotu i wyciąg z dokumentacji przebiegu studiów potwierdzający oceny.

Z poważaniem

………………………………….

(własnoręczny podpis Studenta)

|  |  |
| --- | --- |
| **Opinia koordynatora przedmiotu:**  *Przepisanie oceny dotyczy przedmiotu zaliczonego w innym programie studiów lub innym kierunku/uczelni.* ***Koordynator podejmuje decyzję o przepisaniu wszystkich ocen z przedmiotu*** *– tzn. ocen z egzaminu i zaliczenia ćwiczeń. Jeżeli egzamin nie został zdany lub nie ma zgody na przepisanie egzaminu, zaliczenie ćwiczeń nie może zostać przepisane na mocy procedury WSZJK. Przepisaniu podlegają oceny uzyskane nie dłużej niż 5 lat wstecz.* | |
| **WYRAŻAM ZGODĘ\*** na przepisanie ocen z przedmiotu  **NIE WYRAŻAM ZGODY\*** na przepisanie ocen z przedmiotu  *\*właściwe podkreślić*  ………………………………….  (podpis Koordynatora przedmiotu) | ***Pieczątka jednostki:*** |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Adnotacja Prodziekana***  Zgodnie z procedurą **Wewnętrznego Systemu Zapewnienia Jakości Kształcenia** | |
| Wyrażam zgodę\* / Nie wyrażam zgody\*  *\*właściwe podkreślić* | 20.... - …. - .… ………………………..…….  ( data i podpis Prodziekana) |