Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Zielonogórskiego
Koordynator Programu MOSTUM
65-046 Zielona Góra, ul. Zyty 28
mostum@cm.uz.zgora.pl
www.cm.uz.zgora.pl

POROZUMIENIE O PROGRAMIE ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH

Program Mobilności Studentów Uczelni Medycznych MOSTUM

(załącznik 3. do Uchwały Wydziałowej Rady ds. Kształcenia
nr 11/2022 z dnia 28.04.2022r)

.....
(imię i nazwisko Studenta)

.....
(nazwa Uczelni macierzystej, wydział, kierunek)

Uniwersytet Zielonogórski, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, kierunek:
.....
(nazwa Uczelni przyjmującej, wydział, kierunek)

PROPONOWANY PROGRAM ZAJĘĆ W UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ (UNIWERSYTET ZIELONOGÓRSKI):

Lp.	Nazwa przedmiotu	Forma zaliczenia	ECTS
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

Uwaga! W przypadku realizacji większej ilości przedmiotów formularz należy wydrukować w 2 egzemplarzach

……..
(data i czytelny podpis Studenta)

.

AKCEPTACJA PROPONOWANEGO PROGRAMU ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH W UCZELNI MACIERZYSTEJ

Niniejszym poświadczamy, że proponowany program zajęć został zatwierdzony.

……
(data, pieczęć i podpis Dziekana wydziału Uczelni macierzystej)

……
(data i podpis Koordynatora MOSTUM w Uczelni macierzystej)

AKCEPTACJA PROPONOWANEGO PROGRAMU ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH W UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ (UNIWERSYTET ZIELONOGÓRSKI)

Niniejszym poświadczamy, że proponowany program zajęć został zatwierdzony.

……..…
(data, pieczęć i podpis Dziekana WLiNZ UZ)

……
(data i podpis Uczelnianego Koordynatora MOSTUM w UZ)