

Krosno, dnia 20 ... r.

Imię i nazwisko:
Adres:
Telefon:
Nr albumu:
Kierunek, Rok studiów:
Tryb studiów:

**Dyrektor Instytutu Zdrowia i Gospodarki
PWSZ im. S. Pigonia w Krośnie
dr Renata Rabiasz**

**PODANIE o przeniesienie efektów kształcenia w semestrze..... w roku akademickim
20..... / 20.....**

Zwracam się z prośbą o przeniesienie efektów kształcenia z następujących przedmiotów:

.....
.....
.....
.....
.....

Uzasadnienie prośby:

.....
.....

.....

podpis studenta

Decyzja:

.....
.....
.....

.....

data i podpis

Imię i nazwisko studenta.....

Nr albumu.....

Rok i kierunek studiów.....

Potwierdzenie zgodności efektów kształcenia

Nazwa modułu realizowanego w PWSZ Krosno na kierunku oraz nazwisko prowadzącego zajęcia	Nazwa przedmiotu realizowanego wna kierunku	Stwierdzam zbieżność efektów kształcenia (podpis osoby odpowiedzialnej za moduł)
Np. Biochemia, dr J. Kowalski		