

Poznań,

.....
imię i nazwisko studenta

.....
nr telefonu/ adres e-mailowy

.....
adres do korespondencji

Sz. Pani/Pan

.....
Dziekan Wydziału

***Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu***

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na przeniesienie z innej uczelni

Proszę o wyrażenie zgody na przyjęcie mnie w drodze przeniesienia na studia prowadzone przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na Wydział....., kierunek....., rok....., rok akademicki.....

Aktualnie studiuję:

.....
.....

(wpisać: nazwę uczelni, kierunek, rok, semestr, specjalność, poziom i formę studiów)

Uzasadnienie studenta:

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

.....
data i czytelny podpis studenta

Załączniki do wniosku:

1. Zgoda uczelni macierzystej na przeniesienie.
2. Zaświadczenie o przebiegu studiów (wykaz zaliczonych zajęć wraz z efektami uczenia się, uzyskane oceny, punkty ECTS, średnia ocen z egzaminów z zaliczonych lat studiów)
3. Odpis świadectwa ukończenia szkoły średniej
4. Odpis świadectwa dojrzałości
5. Oświadczenie studenta o niekaralności dyscyplinarnej

Wypełnia Dziekanat

LISTA SPRAWDZAJĄCA				
Warunki przeniesienia z innej uczelni medycznej				
Lp.	Kryteria	spełnione		uwagi
		tak	nie	
1	Wypełnienie wszystkich obowiązków na poprzedniej uczelni			
2	Zgoda uczelni macierzystej na przeniesienie			
3	Zaświadczenie o przebiegu studiów (wykaz zaliczonych zajęć wraz z efektami uczenia się, uzyskane oceny, punkty ECTS, średnia ocen z egzaminów z zaliczonych lat studiów)			
4	Spełnia kryteria rekrutacji na Wydziale			
5	Zaliczony I rok			
6	Uzyskana na dotychczasowych studiach średnia ocen z egzaminów min. 4,0			
7	Wolne miejsce w ramach limitu określonego przez Ministra Zdrowia (kierunek lekarski lub lekarsko -dentystyczny)			
8	Oświadczenie studenta o niekaralności dyscyplinarnej			
9	Czy wydział ma możliwości finansowe i dydaktyczne			
10	Odpis świadectwa ukończenia szkoły średniej			
11	Odpis świadectwa dojrzałości			

Uwagi pracownika Dziekanatu:

.....

.....
 Dziekanat: podpis pracownika sprawdzającego

Opinia Władz Dziekańskich

.....

.....
 Data i podpis Dziekana/Prodziekanów

Decyzja Dziekana:

.....

.....
 Data i podpis Dziekana