

.....
Data wpływu wniosku

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Nr albumu

.....
Rok studiów, semestr, kierunek, poziom* i forma** studiów,

.....
Adres korespondencyjny

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

**Dziekan Filii w Wałbrzychu
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
Prof. dr hab. Beata Sobieszcząńska**

**WNIOSEK
o wyrażenie zgody na kształcenie w ramach Indywidualnego Toku Studiów (ITS)**

Proszę o wyrażenie zgody na realizację studiów w ramach ITS, w roku akademickim 20...../20....., zgodnie z zasadami określonymi w obowiązującym Regulaminie studiów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Tematyka ITS:

Z dotychczasowego toku studiów uzyskałam/-em średnią ocen:

Uzasadnienie:

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

Do wniosku załączam:

- 1) zaświadczenie wydane przez opiekuna organizacji studenckiej o charakterze naukowym, potwierdzające aktywną działalność naukową lub udokumentowany dorobek naukowy (np. udział w grantach, wydane publikacje, referaty) lub w przypadku braku opiekuna – nauczyciela akademickiego posiadającego dorobek naukowy w dziedzinie związanej z dorobkiem studenta,
- 2) wykaz przedmiotów z wybranej dyscypliny do realizacji w ramach ITS,
- 3) pisemną opinię proponowanego przez studenta opiekuna naukowego.

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie średniej ocen przez Dziekanat:

Średnia ocen z dotychczasowego toku studiów (od I roku do dnia składania wniosku) wynosi

(data, pieczęć i podpis pracownika Dziekanatu)

Opinia Pełnomocnika Rektora ds. ITS:

.....
.....

(data, pieczęć i podpis Pełnomocnika Rektora ds. ITS)

Rozstrzygnięcie Dziekana w sprawie:

.....
.....

Przydzielony opiekun naukowy:

(data, pieczęć i podpis Dziekana)

**poziom studiów: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie*

*** forma studiów: stacjonarne, niestacjonarne*