



WYDZIAŁ LEKARSKI
UNIwersytet OPOLSKI

Wydział Lekarski

ul. Oleska 48, 45-052 Opole
tel. +48 77 452 75 50, +48 77 452 74 43/44,
dwl@uni.opole.pl
www.wl.uni.opole.pl

.....
(nazwisko i imię)

Opole, dnia 20..... r.

.....
(rok studiów, kierunek i forma studiów – stacjonarne/niestacjonarne)

.....
(telefon kontaktowy, e-mail)

Dziekan
Wydziału Lekarskiego
Uniwersytetu Opolskiego

PODANIE O PRZYJĘCIE NA STUDIA
W TRYBIE PRZENIESIENIA Z INNEJ UCZELNI

Proszę o wyrażenie zgody na przyjęcie na studia w trybie przeniesienia z innej uczelni:

.....
(nazwa uczelni macierzystej)

na Wydział Lekarski Uniwersytetu Opolskiego od semestru zimowego w roku akademickim 20...../20....., na kierunek, studia stacjonarne / niestacjonarne*, rok....., semestr.....

.....
Czytelny podpis studenta/studentki

Opinia dziekana uczelni, którą student opuszcza, o wypełnieniu przez studenta obowiązków wynikających z przepisów obowiązujących w uczelni.

.....
(pieczęć i podpis Dziekana uczelni macierzystej)

Do wniosku należy dołączyć:

1. Zgoda Dziekana uczelni macierzystej na przeniesienie,
2. Kwestionariusz osobowy studenta ubiegającego się o przeniesienie z innej uczelni,
3. Kserokopię karty przebiegu studiów/karty okresowych osiągnięć,
4. Zaświadczenie o średniej ocen z zaliczonych lat studiów,
5. Kserokopię zaświadczenia o niekaralności,
6. Oświadczenie o niekaralności dyscyplinarnej w uczelni macierzystej,
7. Kserokopię świadectwa ukończenia szkoły średniej i świadectwa dojrzałości,
8. Informację o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych,
9. Program studiów wraz z określonymi efektami kształcenia/uczenia się dla poszczególnych przedmiotów.