Data złożenia wniosku: ………………………………

**Wnioskodawca** (student)

Nazwisko i imię: ……………………………………………..………………………………………………………...................

Kierunek / tryb / rok studiów: …………………………………………………………………………………………………….

Nr albumu: ………………………..………….……………… Adres e-mail: ………………….…..….…………………………

**Do** **Koordynatora Przedmiotu**

…………………………………………………………….……………………….…………………………………………………………….……………………….

(nazwisko Koordynatora)

(nazwa przedmiotu)

**WNIOSEK O PRZENIESIENIE OCENY  
(przeniesienie z innego Uniwersytetu niż Uniwersytet Medyczny   
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu)**

………………………………………………….…………………………………………………………………………………

………………………………………………….…………………………………………………………………………………

………………………………………………….…………………………………………………………………………………

Uzasadnienie:

………………………………………………….…………………………………………………………………………………

………………………………………………….…………………………………………………………………………………

Załączniki:

………………………………………………….…………………………………………………………………………………

………………………………………………….…………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………

Czytelny podpis wnioskodawcy

**Decyzja Koordynatora**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na przeniesienie oceny.

Poznań, dn. ………………………… …………………………………

Pieczątka i podpis Koordynatora

\*niepotrzebne skreślić

Strona niezadowolona z niniejszej decyzji może złożyć odwołanie w terminie 14 dni od dnia doręczenia niniejszej decyzji.