**Program Mobilności Studentów MOSTUM**

**POROZUMIENIE O PROGRAMIE ZAJĘĆ**

**Rok akademicki 20......../20.......**

**Kierunek i rok studiów ……………………………….**

**Wydział ……………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko studenta:** | **Numer albumu:** | **PESEL:** |
| **Uczelnia macierzysta:** |

PROPONOWANY PROGRAM ZAJĘĆ W UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ

|  |
| --- |
| **Uczelnia przyjmująca:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu** | **Forma zaliczenia (egzamin/****zaliczenie z oceną/zaliczenie)** | **Liczba****punktów****ECTS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| UCZELNIA PRZYJMUJĄCA: **Zatwierdzam proponowany program zajęć.****……………………………………. ………………………….……….Data, podpis i pieczęć Dziekana Pieczęć Uczelni przyjmującej** |

|  |
| --- |
| UCZELNIA MACIERZYSTA: **Zatwierdzam proponowany program zajęć.****……………………………………… ……………………..………….****Data, podpis i pieczęć Dziekana Pieczęć Uczelni macierzystej** |

|  |
| --- |
| Zobowiązuję się do zaliczenia wszystkich zatwierdzonych powyżej przedmiotów w terminach określonych przez Regulamin Studiów Uczelni przyjmującej.   **………………………………………….** **Data i podpis studenta**  |