

Załącznik nr 1

## Wniosek studenta o udział w Programie MOSTUM

.....

imię i nazwisko studenta

PESEL.....

.....

kierunek studiów i rok studiów

.....

adres zamieszkania

.....

adres do korespondencji (z kodem pocztowym), e-mail, telefon

**Dział Kształcenia  
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
Aleje Raławickie 1  
20-059 LUBLIN**

Proszę o zakwalifikowanie mnie na studia w roku akademickim...../..... semestr zimowy,  
semestr letni, rok akademicki

/podkreślić odpowiednio: semestr zimowy, semestr letni, rok akademicki/

na.....

/nazwa uniwersytetu/

na kierunku .....

Oświadczam, że zapoznała(e)m się z „*Zasadami wymiany studentów studiów stacjonarnych w ramach Programu Mobilności Studentów Uczelni Medycznych MOSTUM realizowanego w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie*”

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych).

.....

Data i podpis studenta

.....

Data i podpis Koordynatora Uczelnianego

/Uczelnia macierzysta/

.....

Data, podpis i pieczęć Dziekana

/Uczelnia macierzysta/

Załącznik nr 2

**POROZUMIENIE O PROGRAMIE ZAJĘĆ**

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

Kierunek i rok studiów :

Wydział:

Imię i nazwisko studenta, numer albumu oraz PESEL: .....
Uczelnia wysyłająca: .....

PROPONOWANY PROGRAM ZAJĘĆ W UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ

Uczelnia przyjmująca: .....
--------------------------------

Nazwa przedmiotu	Forma zaliczenia (egzamin/ zaliczenie z ocena/zaliczenie)	Liczba punktów ECTS

UCZELNIA WYSYŁAJĄCA: Zatwierdzam proponowany program zajęć.	
..... Data, podpis i pieczęć Dziekana	..... Pieczęć Uczelni wysyłającej

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

Zobowiązuję się do zaliczenia wszystkich zatwierdzonych powyżej przedmiotów w terminach określonych przez Regulamin Studiów Uczelni przyjmującej.

podpis studenta: ..... Data: .....
------------------------------------

Załącznik nr 3

Pieczęć Uczelni przyjmującej

---

Program Mobilności Studentów „MOSTUM”

## WYKAZ ZALICZEŃ

ROK AKADEMICKI 20...../20..... .

Imię i nazwisko studenta: .....  
Data i miejsce urodzenia: .....  
Uczelnia przyjmująca: .....  
Wydział: .....  
Uczelnia macierzysta: .....  
Kierunek studiów: .....  
Rok studiów: .....  
Numer albumu: .....

Nazwa przedmiotu	Ocena	Liczba punktów ECTS	Imię i nazwisko egzaminatora	Podpis egzaminatora

Podpis i pieczęć Dziekana: ..... .

Miejscowość: .....

Data: .....

