

PROGRAM MOBILNOŚCI STUDENTÓW I DOKTORANTÓW „MOST”
Porozumienie o programie zajęć



Rok akademicki 20...../20....., semestr

Imię i nazwisko Studentki/Studenta

Nr albumu

INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZELNI MACIERZYSZEJ:

Nazwa Uczelni:.....

Wydział/Instytut/inna jednostka właściwa ze względu na sposób organizacji uczelni:

Kierunek studiów:

Rok studiów:

INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ:

Nazwa Uczelni:

Wydział/Instytut/ inna jednostka właściwa ze względu na sposób organizacji uczelni:

Kierunek studiów na który/ą Student/ Studentka został/a przyjęty/a:

.....

SZCZEGÓŁOWY OPIS PROGRAMU ZAJĘĆ DO REALIZACJI W UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ

Nazwa przedmiotu	Nazwa przedmiotu w j. angielskim (w brzmieniu ustalonym przez Uczelnię Przyjmującą)	Rodzaj zajęć (wykład, ćwiczenia, etc.)	Liczba godzin	Forma zaliczenia (egzamin/ zaliczenie)	Liczba punktów ECTS

SZCZEGÓŁOWY OPIS PROGRAMU ZAJĘĆ DO REALIZACJI W UCZELNI MACIERZYSTEJ

Nazwa przedmiotu	Rodzaj zajęć (wykład, ćwiczenia, etc.)	Liczba godzin	Forma zaliczenia (egzamin/ zaliczenie)	Liczba punktów ECTS	Termin zaliczenia (dd, mm, rr) – wypełnia Dziekan (Prodziekan) Uczelni Macierzystej

UCZELNIA MACIERZYSTA:

Niniejszym poświadczam, że program zajęć został zatwierdzony.

.....
Dziekan/Prodziekan/inna właściwa ze względu na sposób organizacji uczelni osoba:

Miejscowość: Data:

UCZELNIA PRZYJMUJĄCA:

Niniejszym poświadczam, że program zajęć został zatwierdzony, a Uczestniczce / Uczestnikowi Programu MOST przysługuje prawo pełnego dostępu do księgozbioru Uczelni Przyjmującej.

.....
Dziekan/Prodziekan/inna właściwa ze względu na sposób organizacji uczelni osoba:

Miejscowość: Data:

Podpis Studentki / Studenta: Miejscowość: Data: