WYŻSZA SZKOŁA INŻYNIERII I ZDROWIA W WARSZAWIE

Warszawa, dnia .....

.....
imię i nazwisko

.....
numer telefonu komórkowego

.....
kierunek/ścieżka kształcenia

.....
semestr/grupa

stacjonarne/niestacjonarne*
forma studiów

.....
nr albumu

Do Rektora WSIiZ
dra n. chem. Sebastiana Grzyba

WNIOSEK

Proszę o wyrażenie zgody na **przeniesienie pozytywnych ocen z modułów,** które zostały przeze mnie uzyskane w czasie uczenia się na …… semestrze studiów

w ……
(pełna nazwa uczelnia)

na kierunku ……..,
ścieżka kształcenia…….. w r/a ……../…… .

lp.	moduł	prowadzący zajęcia	ECTS
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Zobowiązuje się tym samym do wyrównania wszystkich różnic programowych z modułów wskazanych przez Rektora w terminach z góry wyznaczonych.
Do podania dołączam wykaz ocen wydany przez przedstawicieli poprzedniej uczelni.

Z poważaniem

.....

DECYZJA REKTORA:

Wyrażam zgodę.		
	data	pieczątka i podpis osoby upoważnionej
Nie wyrażam zgody.		
	data	pieczątka i podpis osoby upoważnionej

O decyzji Rektora należy dowiedzieć się osobiście lub telefonicznie.

*niepotrzebne skreślić

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia z siedzibą w Warszawie przy ul. Bitwy Warszawskiej 1920 nr 18 (02-366).
Dane osobowe będą przetwarzane w realizacji przedmiotu działalności edukacyjnej WSIiZ na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), b), c) i lit. f) RODO.