Gdańsk,……………………………

………………………………….………………….

*(mię i nazwisko)*

………………………………….………………….

*(nr albumu)*

………………………………….………………….

*(rok / semestr studiów)*

**Dziekan Wydziału Chemii**

**Uniwersytetu Gdańskiego**

Proszę o przepisanie poniższych ocen w semestrze……………….w roku ak………………………… Uzyskanych przeze mnie w latach akademickich………………………………………………………. Na Uczelni:…………………………………………………………….

Na kierunku:……………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu | Forma zajęć(wykład, ćwiczenia) | Zgoda prowadzącego przedmiot |
| Tak/Nie | Podpis |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Do podania załączam kartę okresowych osiągnięć, potwierdzoną przez macierzystą Uczelnię oraz treści programowe (sylabusy) dla przedmiotów zrealizowanych poza Uniwersytetem Gdańskim.

……………………………….

 ( podpis Studenta)

………………………………………….

 (zgoda Dziekana)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922).