Załącznik nr 7a

do zarządzenia nr 51/XV R/2015

Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
z dnia 16 lipca 2015 r.

Pieczęć organu wydającego decyzję Pan/Pani: ……………………………………

Adres:…………………………………………

…………………………………………………

**DECYZJA nr ………….z dnia …………….**

Na podstawie art. 160 ust. 1, art. 207 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (t.j. Dz. U. 2012.572 ze zm.), art. 104 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. [Dz. U. 2013.267](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20000981071&min=1) ze zm.) oraz §47 i §52 Regulaminu studiów (uchwała nr 1522 Senatu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu z dnia 29 kwietnia 2015 r.)

**postanawiam co następuje:**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na przeniesienie

Pana/Pani ………………………………………………………..…………………………………..

z …………………………………………………………………………………………………..…..

Wydział ………………………..………… kierunek: …………………………, rok: ……… semestr …………...…….…. poziom studiów\*: …………………………………, forma studiów\*\*: ……………………………………………………………………………………………………..

na studia prowadzone przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,

na Wydziale ………………………………....……., kierunek ,

rok: ……………., semestr: ……..………, poziom studiów\*: ……….…………… forma studiów\*\*: …………………………… od dnia .

**Uzasadnienie**

(data i podpis Dziekana)

**Załączniki**:

1. Wykaz uznanych przez Dziekana przedmiotów wraz z uzyskanymi ocenami i punktami ECTS
2. Wykaz różnic programowych wraz z terminem ich uzupełnienia.

**Pouczenie**

Od niniejszej decyzji przysługuje Panu/Pani odwołanie do Rektora w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem organu, który wydał decyzję.

Decyzję wysłano/odebrano: ……………………………………………………………………

(data i czytelny podpis pracownika dziekanatu lub decyzję odebrano osobiście)

\*poziom studiów: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie

\*\* forma studiów: stacjonarne, niestacjonarne