

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytetu Zielonogórskiego  
Koordynator Programu MOSTUM  
65-046 Zielona Góra, ul. Zyty 28  
mostum@cm.uz.zgora.pl  
www.cm.uz.zgora.pl

**FORMULARZ APLIKACYJNY**  
**Program Mobilności Studentów Uczelni Medycznych MOSTUM**  
(załącznik 2. do Uchwały Wydziałowej Rady ds. Kształcenia  
nr 11/2022 z dnia 28.04.2022r)

**1. DANE STUDENTA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIAŁ W PROGRAMIE MOSTUM**

.....  
(imię i nazwisko Studenta, wypełnić drukowanymi literami)

.....  
(PESEL Studenta)

.....  
(**Obecny** kierunek i rok studiów, wydziału i nazwa Uczelni **macierzystej**)

.....  
(adres do korespondencji: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania)

.....  
(adres e-mailowy Studenta)

.....  
(nr telefonu Studenta)

**2. FORMA STUDIOWANIA NA WYDZIALE LEKARSKIM I NAUK O ZDROWIU UNIWERSYTETU  
ZIELONOGÓRSKIEGO, o którą aplikuje Student**

.....  
(rok i kierunek studiów)

20...../20.....  
(rok akademicki)

.....  
(semestr: zimowy, letni, zimowy i letni)

.....  
(akademik: TAK/NIE)

**3. ŚREDNIA OCEN** (za dotychczasowy okres studiów na Uczelni macierzystej) poświadczona pieczęcią uczelni macierzystej i podpisem osoby uprawnionej w uczelni macierzystej

.....

.....  
(data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

**4. POŚWIADCZENIE CZYNNEGO UDZIAŁU W STUDENCKIM KOLE NAUKOWYM** (przez co najmniej jeden semestr) potwierdzona podpisem opiekuna koła naukowego w uczelni macierzystej

.....  
.....  
.....

.....  
(data i czytelny podpis Opiekuna koła naukowego  
uczelni macierzystej)

**5. SPIS PUBLIKACJI** (z uwzględnieniem nr DOI oraz punktacji MEiN):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**6. OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI ORAZ BRAKU WSZCZĘTEGO POSTĘPOWANIA  
DYSCYPLINARNEGO:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(data i czytelny podpis Studenta)

## 7. OPINIA DZIEKANA WYDZIAŁU UCZELNI MACIERZYTEJ

.....  
.....  
.....

.....  
(data, pieczęć i podpis Dziekana  
uczeni macierzystej)

## 6. OPINIA UCZELNIANEGO KOORDYNATORA PROGRAMU MOSTUM UCZELNI MACIERZYTEJ

.....  
.....

.....  
data i podpis Uczelnianego Koordynatora MOSTUM

## 7. OŚWIADCZENIE STUDENTA O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM ORAZ ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem Programu MOSTUM, kryteriami i procedurą rekrutacyjną obowiązującymi na Uniwersytecie Zielonogórskim oraz że po zakwalifikowaniu mnie na studia do innej uczelni, przedstawię wykaz przedmiotów, które zamierzam studiować w uczelni przyjmującej.

Wyrażam także zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach i w celach określonych w informacji o przetwarzaniu danych osobowych dla kandydatów na studia na Uniwersytecie Zielonogórskim

.....  
(data i czytelny podpis Studenta)

## 8. DECYZJA UCZELNIANEGO KOORDYNATORA PROGRAMU MOSTUM W UNIwersYTECIE ZIELONOGÓRSKIM

Student/Studentka ..... został(a)/nie został(a)\*  
zakwalifikowany(a) do odbywania studiów na kierunku .....  
na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zielonogórskiego roku akademickim  
...../....., semestr zimowy/semestr letni/cały rok\*.  
(\*właściwe podkreślić)

Zielona Góra, dnia .....

.....  
data, pieczęć i podpis

Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....  
.....