

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

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH
Program Mobilności Studentów Uczelni Medycznych MOSTUM

(załącznik 4. do Uchwały Wydziałowej Rady ds. Kształcenia nr 11/2022 z dnia 28.04.2022r)

.....
 (imię i nazwisko Studenta)

.....
 (nazwa Uczelni macierzystej, wydział, kierunek)

Uniwersytet Zielonogórski, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, kierunek:

ROK AKADEMICKI 20...../20.....

Lp.	Nazwa przedmiotu	Liczba punktów ECTS	Ocena	Egzaminator (imię i nazwisko)	Podpis egzaminatora
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					

UWAGA! W przypadku realizacji większej ilości przedmiotów należy wydrukować 2 egzemplarze sprawozdania

Zielona Góra, dn.
 (data, pieczęć i podpis Dziekana WLNoZ UZ)