

UNIwersytet Medyczny w Łodzi

Formularz Aplikacyjny

Program Mobilności Studentów Uczelni Medycznych **MOSTUM**

DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O UDZIAŁ W PROGRAMIE MOSTUM	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Obecny rok studiów	
Obecny kierunek studiów	
Obecny wydział	
Obecna uczelnia medyczna	
ADRES DO KORESPONDENCJI OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O UDZIAŁ W PROGRAMIE MOSTUM	
Ulica, numer domu i mieszkania	
Kod pocztowy, miejscowość	
Numer telefonu	
E-mail:	

FORMA STUDIOWANIA NA UNIwersYTECIE MEDYCZNYM W ŁODZI W RAMACH PROGRAMU MOSTUM, O KTÓRĄ UBIEGA SIĘ OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK	
Rok studiów	
Kierunek Studiów	
Wydział	
Rok akademicki	20...../20.....
Semestr [zimowy, letni, zimowy i letni]	

ŚREDNIA OCEN Z OSTATNIEGO ZALICZONEGO ROKU STUDIÓW OSOBY UBIEGAJACEJ SIĘ O UDZIAŁ W PROGRAMIE MOSTUM

OSIĄGNIĘCIA ORGANIZACYJNE I NAUKOWE OSOBY UBIEGAJACEJ SIĘ O UDZIAŁ W PROGRAMIE MOSTUM

PODPIS OSOBY UBIEGAJACEJ SIĘ O UDZIAŁ W PROGRAMIE MOSTUM
 Data..... Podpis studenta.....

OPINIA DZIEKANA ds. DYDAKTYKI MACIERZYSTEGO WYDZIAŁU
 Data..... Podpis Dziekana ds. Dydaktyki macierzystego wydziału.....

OPINIA KOORDYNATORA PROGRAMU MOSTUM MACIERZYTEJ UCZELNI
 Data..... Podpis Koordynatora Programu MOSTUM macierzystej uczelni.....

Podanie należy przesłać do: Dr hab. med. Dariusz Moczulski, Koordynator Programu MOSTUM Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Klinika Chorób Wewnętrznych i Nefrodiabetologii, ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź