**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 SKŁADAJACA 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 MACIERZYSTEJ UCZELNI** |
|  |
| Data....................Podpis Koordynatora Programu MOSTUM macierzystej uczelni....................................................... |

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