

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA KANADYDATA UBIELAJĄCEGO SIĘ O PRZYJĘCIE NA
GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W RAMACH PROGRAMU MOSTUM**

DANE OSOBY UBIELAJĄCEJ SIĘ O UDZIAŁ W PROGRAMIE MOSTUM

Imię i nazwiskoPESEL _ _ _ _ _

Adres zameldowania

.....

Adres do korespondencji:.....

.....

Tel. kontaktowy komórkowy:.....e-mail:

Nazwa i adres uczelni macierzystej.....

Wydział

Kierunek studiów:.....

Rodzaj studiów: licencjackie

magisterskie

jednolite magisterskie

Rok studiów (obecnie):.....

**FORMA STUDIÓW NA GDAŃSKIM UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM W RAMACH PROGRAMU MOSTUM, O
KTÓRĄ UBIEGA SIĘ OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK**

Wydział.....

Kierunek studiów:.....

Rodzaj studiów: licencjackie

magisterskie

jednolite magisterskie

Rok studiów :

Semestr (zimowy, letni, zimowy i letni).....

Rok akademicki: 20..../20.....

- **Przebieg studiów oraz praktyka wakacyjna roku/lat poprzednich (transkrypt ocen w załączeniu podpisany przez Dziekana uczelni macierzystej)**
- **Średnia ocen (potwierdzona w Dziekanacie uczelni macierzystej z pieczętą)**

.....

Załączniki:

1. Transkrypt ocen
2. Zaświadczenie potwierdzające znajomość języka obcego (jeśli student posiada)
3. Zaświadczenie o pracy w kołach naukowych, organizacjach studenckich, odbytych wolontariatach i/lub inne z opiniami odpowiednich opiekunów (jeśli student posiada)

Opinia właściwego Dziekana uczelni macierzystej

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

Data i podpis Dziekana

Opinia Koordynatora Programu MOSTUM uczelni macierzystej

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

Data i podpis Koordynatora

NINIEJSZĄ APLIKACJĘ NALEŻY ZŁOŻYĆ LUB PRZESŁAĆ NA ADRES DZIEKANATU UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ (ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3a, 80-210 Gdańsk)

