…………………, dnia …………………..

**Wniosek o udostępnienie Sylabusa na Wydziale Nauk o Zdrowiu**

**Imię i nazwisko studenta/absolwenta\*: ……………………………………………………………………………..**

**Kierunek, stopień, tryb i cykl studiów oraz numer albumu: ………………………………………………..**

Proszę o udostępnienie sylabusa/ów, zgodnie z poniższymi wskazaniami.

Jednocześnie oświadczam, że wskazany/e poniżej sylabus/y nie jest/są dostępny/e na żadnej z poniższych stron:

- Elektroniczna Baza Sylabusów 2023: <https://archiwum-sylabusy.umw.edu.pl/pl>

- Elektroniczna Baza Sylabusów 2022: <https://sylabusy.umw.edu.pl/pl>

- Elektroniczna Baza Sylabusów 2016-2020: <https://archiwum.wnoz.umw.edu.pl/wnoz-sylabusy>

**1) Kierunek:**

Zdrowie Publiczne / Ratownictwo Medyczne / Fizjoterapia / Pielęgniarstwo/ Położnictwo\*

**2) Stopień:**

I stopień / II stopień/ Jednolite mgr\*

**3) Tryb studiów:**

Stacjonarny **/** niestacjonarny**\***

**4) Cykl kształcenia:** …………………………………………………………………………………………………………………………..

**5) Przedmiot/y i rok akademicki dla danego sylabusa:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Proszę o przesłanie sylabusa/ów w formie elektronicznej na adres mailowy:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**\*prawidłowe podkreślić**

**……………………………………………………..**

 Podpis wnioskującego