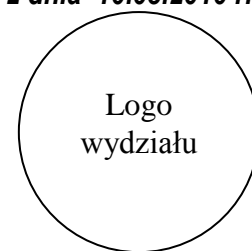




WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY  
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW



Nazwa wydziału

Kierunek: ..... Rok akademicki: ...../.....  
Specjalność: ..... Rok studiów: .....  
Studia\*: ..... Semestr studiów: .....

**KARTA OKRESOWYCH OSIĄGNIĘĆ STUDENTA**

Student/tka: ..... Nr grupy: ..... Nr albumu: .....  
Imię (imiona) i nazwisko

**ZALICZENIA**

Lp.	Przedmiot	Zaliczający**	Liczba godzin					ECTS	Ocena		Data	Podpis
			Wykl.	Ćw.	Sem.	Zaj. prak.	Samo kształt.		cyfrą	słownie		
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
16.												
17.												
18.												
19.												
20.												
Zajęcia fakultatywne												
21.												
22.												
23.												

m.p.

Podpis Dziekana:

\* studia stacjonarne / niestacjonarne, jednolite mgr / I stopnia / II stopnia

\*\* imię i nazwisko oraz tytuł naukowy, stopień naukowy lub tytuł zawodowy prowadzącego zajęcia (zaliczającego)

Student jest uprawniony do składania egzaminów z niżej wymienionych przedmiotów podczas zimowej – letniej\*) sesji egzaminacyjnej z zastrzeżeniem uprzedniego uzyskania zaliczeń wymaganych planem nauczania zgodnie z regulaminem studiów.

## EGZAMINY

### Pierwszy termin

Lp.	Przedmiot	Egzaminator ***	Ocena		Data	Podpis
			cyfrą	słownie		
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

### Egzamin poprawkowy

Lp.	Przedmiot	Egzaminator ***	Ocena		Data	Podpis
			cyfrą	słownie		
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

### Egzamin komisyjny

Lp.	Przedmiot	Skład komisji	Ocena		Data	Podpis Przewodniczącego Komisji
			cyfrą	słownie		
1.						
2.						

Zaliczam ..... semestr / rok studiów \*\*\*\*      data .....      Podpis Dziekana .....

Zezwalam na **warunkowe podjęcie studiów**  
na ..... roku przy braku zaliczenia przedmiotu .....

Zezwalam na **powtarzanie** ..... roku      data .....      Podpis Dziekana .....

**Skreślam z listy studentów**      data .....      Podpis Dziekana .....

m.p.

\*\*\* imię i nazwisko oraz tytuł naukowy, stopień naukowy lub tytuł zawodowy prowadzącego zajęcia (przeprowadzającego egzamin)

\*\*\*\* niepotrzebne skreślić