…………………………

Miejscowość i data

………………………………………..

Dane kontaktowe kandydata

**Przewodniczący**

**Komisji Doktorskiej**

**Wydział Lekarski/Wydział Nauk o Zdrowiu\***

**Collegium Medicum**

**Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie**

*…………………………………………………………………..*

*(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko)*

Zwracam się z wnioskiem o przeprowadzenie weryfikacji efektów uczenia się dla kwalifikacji

na poziomie 8 PRK, w związku z planowanym wszczęciem postępowania o nadanie stopnia

doktora w dyscyplinie nauki o zdrowiu/nauki medyczne\*

…………………………..

czytelny podpis kandydata

* Niepotrzebne skreślić