……………………………… ………………………………

(Imię i nazwisko) (miejsce i data)

………………………………

(Jednostka wydziałowa)

………………………………

(adres e-mail)

dr hab. n. farm. Agnieszka Ludwiczuk

Przewodnicząca Zespołu ds. programów studiów

Wydziału Farmaceutycznego

Szanowna Pani Profesor,

Zwracam się z prośbą o wystawienie zaświadczenia potwierdzającego zorganizowanie przeze mnie zatwierdzonych przez Zespół ds. programów studiów dodatkowych, nieobjętych planem studiów zajęć dydaktycznych dla studentów, stanowiące osiągnięcie w obszarze dydaktycznym zgodnie z załącznikiem nr 1 do *Zarządzenia Rektora w sprawie ustalenia kryteriów i trybu oceny okresowej i corocznej ewaluacji nauczycieli akademickich oraz pracowników badawczo – technicznych w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie* nr 133/2021 / 90/2023 (niepotrzebne skreślić) (C4).

Załączniki:

1. Dane dot. zorganizowanych zajęć
2. Dokument potwierdzający wcześniejsze zatwierdzenie organizacji przez Zespół ds. programów studiów dodatkowych, nieobjętych planem studiów zajęć dydaktycznych dla studentów

Załącznik 1.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Temat zajęć |  | | | | | |
| Kierunek studiów | 🗹 Farmacja | | | 🗹 Analityka medyczna | | |
| 🗹 Kosmetologia st. I st. | | | 🗹 Kosmetologia st. II st. | | |
| Semestr | 🗹 1. | 🗹 2. | 🗹 3. | | 🗹 4. | 🗹 5. |
| 🗹 6. | 🗹 7. | 🗹 8. | | 🗹 9. | 🗹 10. |
| Cykl kształcenia |  | | | | | |
| Ilość godzin zajęć |  | | | | | |
| Liczebność grup, które zrealizowały zajęcia |  | | | | | |
| Ilość grup, które zrealizowały zajęcia |  | | | | | |
| Nauczyciel(e) prowadzący zajęcia |  | | | | | |
| Data zatwierdzenia przez Zespół I |  | | | | | |
| Okres realizacji zajęć |  | | | | | |