### PROGRAM MOBILNOŚCI STUDENTÓW I DOKTORANTÓW „MOST”

**Porozumienie o programie zajęć dla Doktorantów kształcących się w Szkołach Doktorskich**

****

Rok akademicki 20...../20….. , semestr …….……….

Imię i nazwisko Doktorantki / Doktoranta ………………………………

Nr albumu (indeksu) ……………………………………………………..

**INFORMACJE DOTYCZĄCE MACIERZYSTEJ SZKOŁY DOKTORSKIEJ**

Nazwa Szkoły Doktorskiej: …………………………………………………….

…………………………………………………………………………………...

Dziedzina: ……………………………………………………………………….

Dyscyplina: ……………………………………………………………………...

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZYJMUJĄCEJ SZKOŁY DOKTORSKIEJ**

Nazwa Szkoły Doktorskiej: ……………………………………………………

………………………………………………………………………………….

Dziedzina: ……………………………………………………………………...

Dyscyplina: ……………………………………………………………………

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PROGRAMU ZAJĘĆ DO RELIZACJI W PRZYJMUJĄCEJ SZKOLE DOKTORSKIEJ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu** | **Nazwa przedmiotu w j. angielskim**  **(w brzmieniu ustalonym przez Przyjmującą Szkołę Doktorską)** | **Rodzaj zajęć**  **(wykład, ćwiczenia, inne)** | **Liczba godzin** | **Forma zaliczenia (egzamin/**  **zaliczenie)** | **Liczba**  **punktów**  **ECTS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PROGRAMU ZAJĘĆ DO REALIZACJI W MACIERZYSTEJ SZKOLE DOKTORSKIEJ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu** | **Rodzaj zajęć**  **(wykład, ćwiczenia, inne)** | **Liczba godzin** | **Forma zaliczenia (egzamin/**  **zaliczenie)** | **Liczba**  **punktów**  **ECTS** | **Termin zaliczenia (dd, mm, rr ) – wypełnia Dyrektor Macierzystej Szkoły Doktorskiej** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Podpis Doktorantki/Doktoranta: ...................................... Miejscowość: ......................... Data: .................. |

\* niewłaściwe skreślić

## MACIERZYSTA SZKOŁA DOKTORSKA:

**Niniejszym poświadczam, że program zajęć został zatwierdzony.**

**...................................... ......................... ................**

**Podpis i pieczęć**

**Dyrektora Szkoły Doktorskiej Miejscowość Data**

## PRZYJMUJĄCA SZKOŁA DOKTORSKA:

**Niniejszym poświadczam, że program zajęć został zatwierdzony, a Uczestniczce /**

**Uczestnikowi Programu MOST przysługuje prawo pełnego dostępu do księgozbioru Uczelni**   
**prowadzącej Szkołę Doktorską.**

**...................................... ........................ ...................**

**Podpis i pieczęć**

**Dyrektora Szkoły Doktorskiej Miejscowość Data**