

Szczecin, dnia .....

**WNIOSEK**  
**O UTWORZENIE/ URUCHOMIENIE/ WZNOWIENIE KOLEJNEJ EDYCJI\***  
**STUDIÓW PODYPLOMOWYCH**

.....  
(nazwa studiów)

**Prorektor ds. kształcenia**  
Zachodniopomorskiego Uniwersytetu  
Technologicznego w Szczecinie

Wnioskuje o utworzenie/uruchomienie/wznowienie\* kolejnej edycji studiów podyplomowych o nazwie

.....  
prowadzonych na Wydziale .....

trwających.....semestry, w okresie od ..... do .....

Zakres tematyczny studiów podyplomowych odpowiada zakresowi utworzonych w Uczelni studiów na kierunku .....  
przyporządkowanym do dyscypliny/dyscyplin naukowych lub artystycznych .....

Studia podyplomowe odbywać się będą w formie studiów stacjonarnych/niestacjonarnych\*.

Zajęcia będą się odbywały w ....., po ..... godzin.

Liczba godzin: w semestrach: pierwszym ....., drugim ....., trzecim ....., czwartym .....; łącznie .....

Wysokość           opłaty                   za                   studia                   podyplomowe                   wynosi  
.....

Na kierownika studiów podyplomowych powołuję .....

Członkowie komisji kwalifikacyjnej:

- 1) ..... – przewodniczący komisji/ kierownik studiów podyplomowych
- 2) .....
- 3) .....
- 4) ..... – sekretarz

.....  
podpis dziekana

Załączniki:

1. Program studiów
2. Wniosek o włączenie kwalifikacji do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (w przypadku ubiegania się o włączenie kwalifikacji nadawanych po ukończeniu studiów podyplomowych do ZSK);
3. Kalkulacja z załącznikami.

\* niewłaściwe skreślić

Szczecin, dnia .....

**WNIOSEK  
O WYRAŻENIE ZGODY NA PRZEPROWADZENIE REKRUTACJI  
NA STUDIA PODYPLOMOWE**

.....  
(nazwa studiów)

**Prorektor ds. kształcenia**  
Zachodniopomorskiego Uniwersytetu  
Technologicznego w Szczecinie

Proszę o wyrażenie zgody na przeprowadzenie rekrutacji na studia podyplomowe o nazwie:

.....  
trwających ..... semestry, w okresie od ..... do .....

Zakres tematyczny studiów podyplomowych odpowiada zakresowi utworzonych w Uczelni studiów na kierunku:

.....  
przyporządkowanym do dyscypliny/dyscyplin naukowych lub artystycznych: .....

Studia podyplomowe odbywać się będą w formie studiów stacjonarnych/niestacjonarnych\*.

Zajęcia będą się odbywały w ....., po ..... godzin.

Nabór przewidziany jest na ..... uczestników.

Skład komisji kwalifikacyjnej :

1. .... – przewodniczący komisji/kierownik studiów podyplomowych
2. ....
3. ....
4. .... – sekretarz

Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzone zostanie od dnia ..... do dnia .....

Wysokość opłaty za studia podyplomowe wynosi .....

.....  
podpis dziekana

Załącznik:

1. Program studiów
2. Wniosek o włączenie kwalifikacji do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (w przypadku ubiegania się o włączenie kwalifikacji nadawanych po ukończeniu studiów podyplomowych do ZSK).

\* niewłaściwe skreślić

## ZASADY I TRYB NABORU NA STUDIA PODYPLOMOWE

.....  
(nazwa studiów)

1. Środowisko, do którego skierowana jest oferta studiów podyplomowych:

.....  
.....  
.....

2. Wymagania stawiane kandydatom:

.....  
.....  
.....

3. Kolejność przyjęć na studia podyplomowe:

.....  
.....  
.....

4. Wymagane dokumenty określone w §. 3 ust. 2 oraz § 3 ust. 10-12 Regulaminu studiów podyplomowych w ZUT.

5. Sposób weryfikowania i dokumentacji efektów uczenia się (gdy podstawą rekrutacji są potwierdzone efekty uczenia się)

.....  
.....  
.....

.....  
*podpis dziekana*

## EFEKTY UCZENIA SIĘ DLA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH \*

Nazwa studiów: .....

Forma studiów: .....

Dyscyplina/inny: .....

Poziom kształcenia: podyplomowy

Kod	Efekt uczenia się dla programu studiów	Odniesienie do efektów uczenia się dla kwalifikacji na poziomie 6-8 PRK	Kody treści programowych prowadzących do uzyskania efektu uczenia się
<b>Wiedza</b>			
W01			
W02			
<b>Umiejętności</b>			
U01			
U02			
<b>Kompetencje</b>			
K01			
K02			

\* efekty uczenia się dla kwalifikacji cząstkowych na poziomie 6,7 albo 8 PRK zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie charakterystyk drugiego stopnia efektów uczenia się dla kwalifikacji na poziomach 6–8 PRK.

.....  
podpis dziekana





<i>Kierunek studiów</i>			
<i>Forma studiów</i>		<i>Poziom</i>	podyplomowy
<i>Dyscyplina/dyscypliny naukowe</i>			
<i>Profil</i>			
<i>Moduł</i>			
<i>Przedmiot</i>			
<i>Kod</i>			
<i>Jednostka prowadząca</i>			
<i>ECTS</i>		<i>ECTS (formy)</i>	
<i>Forma zaliczenia</i>	zaliczenie	<i>Język</i>	polski

<i>Forma dydaktyczna</i>	<i>Kod</i>	<i>Semestr</i>	<i>Godziny</i>	<i>ECTS</i>	<i>Waga</i>	<i>Zaliczenie</i>
wyklady						
wyklady						

<i>Nauczyciel odpowiedzialny</i>	
<i>Inni nauczyciele</i>	

<i>Wymagania wstępne</i>	
<i>W-1</i>	

<i>Cele modułu/przedmiotu</i>	
<i>C-1</i>	
<i>C-2</i>	
<i>C-3</i>	
<i>C-4</i>	

<i>Treści programowe z podziałem na formy zajęć</i>	<i>Liczba godzin</i>
<i>T-W-1</i>	
<i>T-W-2</i>	
<i>T-W-1</i>	
<i>T-W-2</i>	
<i>T-W-3</i>	

<i>Obciążenie pracą studenta - formy aktywności</i>	<i>Liczba godzin</i>
<i>A-W-1</i>	
<i>A-W-2</i>	
<i>A-W-3</i>	
<i>A-W-1</i>	
<i>A-W-2</i>	
<i>A-W-3</i>	

<i>Metody nauczania / narzędzia dydaktyczne</i>	
M-1	
M-2	
M-3	

<i>Sposoby oceny (F - formująca, P - podsumowująca)</i>						
S-1	F					
S-2	P					
Zamierzone efekty uczenia się		Odniesienie do efektów uczenia się dla kierunku studiów	Cel przedmiotu	Treści programowe	Metody nauczania	Sposób oceny
<i>Wiedza</i>						
<i>Umiejętności</i>						
<i>Kompetencje społeczne</i>						

Efekt	Ocena	Kryterium oceny
<i>Wiedza</i>		
	2,0	
	3,0	
	3,5	
	4,0	
	4,5	
	5,0	
<i>Umiejętności</i>		
	2,0	
	3,0	
	3,5	
	4,0	
	4,5	
	5,0	
<i>Kompetencje społeczne</i>		
	2,0	
	3,0	
	3,5	
	4,0	
	4,5	
	5,0	

*Literatura podstawowa*

*Literatura uzupełniająca*

Data aktualizacji:



Szczecin, dnia .....

**Studia podyplomowe:** .....  
(nazwa studiów podyplomowych)

**Rok akademicki:**

**OBSADA KADROWA ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH**

<b>LP.</b>	<b>IMIĘ I NAZWISKO PROWADZĄCEGO</b>	<b>NAZWA PRZEDMIOTU</b>	<b>FORMA ZAJĘĆ</b>	<b>LICZBA GODZIN</b>	<b>SEMESTR</b>
<b>1.</b>					
<b>2.</b>					
<b>3.</b>					
<b>4.</b>					
<b>...</b>					
<b>SUMA</b>					<b>X</b>

.....  
podpis dziekana

**PROTOKÓŁ KOMISJI KWALIFIKACYJNEJ**  
z postępowania kwalifikacyjnego na studia podyplomowe

.....  
(nazwa studiów)

L.p.	Nazwisko	Imię	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Pesel	Ukończona szkoła wyższa	Rok ukończenia szkoły wyższej	Numer dyplomu	Wniosek Komisji Kwalifikacyjnej
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									

Szczecin, dnia .....

Komisja Kwalifikacyjna:

..... – Przewodniczący/Kierownik studiów podyplomowych

Członkowie:

1. ....
2. ....
3. .... – sekretarz

Prorektor ds. kształcenia ZUT

.....

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY NA STUDIA PODYPŁOMOWE**

**NAZWA STUDIÓW PODYPŁOMOWYCH:**

<b>1. DANE PERSONALNE:</b>				
<b>Nazwisko i imię/imiona</b>				
<b>Data i miejsce urodzenia</b>				
<b>Obywatelstwo</b>				
<b>Seria i nr dowodu tożsamości</b>				
<b>PESEL</b>				
<b>Imiona rodziców</b>				
<b>Adres zameldowania</b>				
<b>Adres do korespondencji</b>				
<b>e-mail</b>		<b>Telefon kontaktowy</b>		
<b>2. WYKSZTAŁCENIE:</b>				
<b>Kraj</b>				
<b>Nazwa uczelni</b>				
<b>Wydział</b>				
<b>Kierunek</b>				
<b>Rok ukończenia studiów</b>		<b>Nr dyplomu</b>	<b>Data i miejsce wydania dyplomu</b>	
<b>Tytuł zawodowy</b>				
<b>Inne</b>				

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis kandydata)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016 r., zwanego dalej (RODO), oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 poz. 1000), uczelnia informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie z siedzibą przy al. Piastów 17, 70-310 Szczecin.
2. Administrator danych osobowych powołał osobę nadzorującą prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którą można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: IOD.kurek@zut.edu.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są dla celów:
  - a) postępowania rekrutacyjnego na studia podyplomowe,
  - b) dokumentowania przebiegu studiów podyplomowych,
  - c) wykonania umowy o warunkach odpłatności za kształcenie na studiach podyplomowych,
  - d) statutowych, archiwalnych, statystycznych,
  - e) badania i oceny jakości kształcenia prowadzonych studiów podyplomowych w formie ankiet (jeśli wyrazi zgodę)\*.
4. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a, b i e RODO w zw. z art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 poz. 1668 z późn. zm).
5. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane.
6. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa oraz podmiotem, który świadczy usługi wsparcia technicznego dla systemu Uczelnia.XP.
7. Pani/Pana dane przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

Z ww. klauzulą informacyjną zapoznałam/em się

.....  
(data i czytelny podpis)

\*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu badania i oceny jakości kształcenia prowadzonych studiów podyplomowych.

TAK

NIE

.....  
(data i czytelny podpis)

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY NA STUDIA PODYPŁOMOWE (dla cudzoziemca)

NAZWA STUDIÓW PODYPŁOMOWYCH				
<b>1. DANE PERSONALNE</b>				
Nazwisko i imię				
Data i miejsce urodzenia				
Obywatelstwo				
Seria i nr dowodu tożsamości		Nr paszportu		
Nr karty pobytu		Nr wizy		
PESEL				
Imiona rodziców				
Adres zameldowania				
Adres do korespondencji				
e-mail		Telefon kontaktowy		
<b>2. WYKSZTAŁCENIE</b>				
Kraj				
Nazwa uczelni				
Wydział				
Kierunek				
Rok ukończenia studiów		Nr dyplomu		Data i miejsce wydania dyplomu
Tytuł zawodowy				
Inne				

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis kandydata)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016 r., zwanego dalej (RODO), oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 poz. 1000), uczelnia informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie z siedzibą przy al. Piastów 17, 70-310 Szczecin.
2. Administrator danych osobowych powołał osobę nadzorującą prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którą można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: IOD.kurek@zut.edu.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są dla celów:
  - a) postępowania rekrutacyjnego na studia podyplomowe,
  - b) dokumentowania przebiegu studiów podyplomowych,
  - c) wykonania umowy o warunkach odpłatności za kształcenie na studiach podyplomowych,
  - d) statutowych, archiwalnych, statystycznych,
  - e) badania i oceny jakości kształcenia prowadzonych studiów podyplomowych w formie ankiet (jeśli wyrazi zgodę)\*.
4. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a, b i e RODO w zw. z art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 poz. 1668 z późn. zm).
5. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane.
6. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa oraz podmiotem, który świadczy usługi wsparcia technicznego dla systemu Uczelnia.XP.
7. Pani/Pana dane przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

Z ww. klauzulą informacyjną zapoznałam/em się

.....  
(data i czytelny podpis)

\*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu badania i oceny jakości kształcenia prowadzonych studiów podyplomowych.

TAK

NIE

.....  
(data i czytelny podpis)

Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie

### Karta okresowych osiągnięć uczestnika

**Imię i Nazwisko:**

**Forma studiów i poziom kształcenia:**

**Studia:**

**Specjalność:**

**Nr albumu:**

**Semestr, rok akademicki:**

**Zarejestrowany na semestrze:**

Lp.	ID	Odpowiedzialny za przedmiot	Nazwa przedmiotu	Forma zaliczenia	Ocena	Liczba punktów ECTS
1						
2						
3						

Minimalna wymagana liczba punktów z semestru:

Liczba punktów zdobytych z semestru:

Minimalna wymagana liczba punktów z dotychczasowych semestrów:

Liczba punktów zdobytych w dotychczasowych semestrach:

.....  
data i podpis  
kierownika studiów podyplomowych

Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie

.....  
(jednostka organizacyjna)

**PROTOKÓŁ**  
**egzaminu końcowego /oceny pracy końcowej uczestnika studiów podyplomowych\***  
**lub innej formy zakończenia studiów podyplomowych:**

.....  
nazwa studiów podyplomowych

Nazwisko i imię uczestnika studiów podyplomowych

.....  
Okres trwania studiów podyplomowych: .....

Temat pracy końcowej:

.....  
Imię i nazwisko promotora pracy końcowej:

.....  
Pracę przyjęto dnia: ..... z wynikiem .....

Egzamin złożono w dniu: ..... z wynikiem .....

Średnia ocen w toku studiów podyplomowych (egzaminy, zaliczenia): .....

**Ocena końcowa z ukończenia Studiów Podyplomowych**

.....  
Przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej .....

(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko)

.....  
(podpis)

Członkowie Komisji Egzaminacyjnej:

1. ....

(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko)

.....  
(podpis)

2. ....

(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko)

.....  
(podpis)

3. ....

(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko)

.....  
(podpis)

4. ....

(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko)

.....  
(podpis)

Dziekan .....

( tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko)

.....  
(podpis)

Szczecin, dnia .....

\*niewłaściwe skreślić



Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie

.....  
(jednostka organizacyjna)

**PROTOKÓŁ ZBIORCZY**  
**egzaminu końcowego /oceny pracy końcowej**  
**lub innej formy zakończenia studiów podyplomowych\***

.....  
nazwa studiów podyplomowych

L.p.	Imię i Nazwisko uczestnika studiów podyplomowych	Nr albumu	Ocena końcowa z ukończenia studiów podyplomowych	Data
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej: .....  
(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko) (podpis)

Członkowie Komisji Egzaminacyjnej:

1. ....  
(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko) (podpis)

2. ....  
(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko) (podpis)

3. ....  
(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko) (podpis)

4. Kierownik studiów podyplomowych.....  
(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko) (podpis)

Dziekan.....  
(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko) (podpis)

Prorektor ds. kształcenia .....  
(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko) (podpis)

Szczecin, dnia .....

\*niewłaściwe skreślić

Szczecin, dnia .....

**WNIOSEK  
O LIKWIDACJĘ STUDIÓW PODYPLOMOWYCH**

.....  
(nazwa studiów)

**Prorektor ds. kształcenia**  
Zachodniopomorskiego Uniwersytetu  
Technologicznego w Szczecinie

Wnoszę o likwidację studiów podyplomowych o nazwie .....

.....  
utworzonych Zarządzeniem nr .....Rektora ZUT z dnia ..... prowadzonych na Wydziale .....

Studia podyplomowe likwidowane są z końcem roku akademickiego ...../..... .

Uzasadnienie .....

.....

.....

.....  
podpis kierownika studiów podyplomowych

.....  
podpis dziekana