**Warunki Indywidualnego Planu Studiów na Wydziale Lekarskim
Uniwersytetu Jagiellońskiego - Collegium Medicum
określone przez Radę Wydziału Lekarskiego na posiedzeniu**

**w dniu 22 lutego 2018 r.**

1. Indywidualny Plan Studiów (iPlan) może być przyznany studentowi, którego trudna sytuacja życiowa nie pozwala na uczęszczanie na zajęcia i zaliczanie przedmiotów zgodnie z planem studiów
w przypadkach takich jak:
	1. niepełnosprawność lub długotrwała choroba,
	2. odbywanie studiów na więcej niż jednym kierunku lub specjalności (konieczne zaświadczenie
	z określonego Wydziału) po szczegółowej analizie,
	3. odbywanie części studiów na tym samym kierunku ale na innej uczelni w Polsce lub za granicą
	4. sprawowanie opieki nad małym dzieckiem
	5. kierowanie programami badawczymi finansowanymi jako granty naukowe ze środków zewnętrznych otrzymane w drodze konkursu

a także w innych wyjątkowych sytuacjach.

1. Indywidualny Plan Studiów może polegać m. in. na modyfikacji porządku zajęć dydaktycznych
w ramach toku studiów oraz terminów zaliczeń i egzaminów.
2. Zgoda na Indywidualny Plan Studiów może być udzielona przez Prodziekan ds. studenckich na wniosek studenta.
3. Student ubiegający się o przyznanie Indywidualnego Planu Studiów przedstawia Prodziekanowi
ds. studenckich harmonogram zajęć oraz tryb zaliczeń i egzaminów (wg załączonego wzoru) wraz
z akceptacją nauczycieli akademickich odpowiadających za realizację poszczególnych przedmiotów
w danym semestrze.
4. Podanie wraz z zaakceptowanym harmonogramem zajęć należy złożyć w dziekanacie WL do dnia 30 września w przypadku iPlanu na semestr zimowy lub do 30 listopada w przypadku iPlanu na semestr letni.

Załącznik 1. **Harmonogramy zajęć w ramach Indywidualnego Planu Studiów (iPlan) dla kierunków: lekarskiego i dietetyka.**

**I rok kierunek lekarski**

Załącznik 1.

**Harmonogram zajęć w ramach Indywidualnego Planu Studiów (iPlan)**

**dla studentów I roku kierunku lekarskiego**

**imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………………

**rok akademicki** …………………… **rok studiów** ………… **nr grupy studenckiej** …………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmioty****I roku** | **Termin realizowania zajęć w Polsce\*** | **Numer grupy\*\*** | **Uzasadnienie** (przy zmianie grupy) | **Podpis koordynatora\*\*\*** |
| **Anatomia z embriologią**  |  |  |  |  |
| **Biochemia z elementami** **chemii ½** |  |  |  |  |
| **Etyka w medycynie** |  |  |  |  |
| **Fizjologia** |  |  |  |  |
| **Genetyka z biologią molekularną** |  |  |  |  |
| **Histologia z cytofizjologią** |  |  |  |  |
| **Historia Medycyny** |  |  |  |  |
| **Pierwsza pomoc ½** |  |  |  |  |
| **Wychowanie fizyczne** |  |  |  |  |
| **Fakultet** |  |  |  |  |
| **Praktyka wakacyjna – w zakresie opieki nad chorym** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\***jeśli zajęcia odbywają się w ramach wymiany studenckiej, wpisać nazwę wymiany studenckiej

\*\* nr grupy, z którą będą po zmianie planu realizowane zajęcia

\*\*\* możliwe jest dołączenie zgody w formie mailowej

**II rok kierunek lekarski**

Załącznik 1.

**Harmonogram zajęć w ramach Indywidualnego Planu Studiów (iPlan)**

**dla studentów II roku kierunku lekarskiego**

**imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………………

**rok akademicki** …………………… **rok studiów** ………… **nr grupy studenckiej** …………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmioty****II roku** | **Termin realizowania zajęć w Polsce\*** | **Numer grupy\*\*** | **Uzasadnienie** (przy zmianie grupy) | **Podpis koordynatora\*\*\*** |
| **Biofizyka medyczna** |  |  |  |  |
| **Diagnostyka laboratoryjna ½** |  |  |  |  |
| **Etyka w medycynie** |  |  |  |  |
| **Farmakologia ½** |  |  |  |  |
| **Higiena** |  |  |  |  |
| **Historia medycyny**  |  |  |  |  |
| **Język angielski 1/3** |  |  |  |  |
| **Laboratoryjne nauczanie** **umiejętności klinicznych 1/4** |  |  |  |  |
| **Mikrobiologia z parazytologią** **i immunologia** |  |  |  |  |
| **Patologia** |  |  |  |  |
| **Pierwsza pomoc 2/2**  |  |  |  |  |
| **Psychologia lekarska ½** |  |  |  |  |
| **Socjologia medycyny** |  |  |  |  |
| **Telemedycyna z elementami symulacji medycznej** |  |  |  |  |
| **Wstęp do nauk klinicznych** |  |  |  |  |
| **Fakultet** |  |  |  |  |
| **Praktyka wakacyjna – w zakresie lecznictwa otwartego (lekarz rodzinny)**  |  |  |  |  |
| **Praktyka wakacyjna – w zakresie pomocy doraźnej** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\***jeśli zajęcia odbywają się w ramach wymiany studenckiej, wpisać nazwę wymiany studenckiej, \*\* nr grupy, z którą będą po zmianie planu realizowane zajęcia\*\*\* możliwe jest dołączenie zgody w formie mailowej

**III rok kierunek lekarski**

Załącznik 1.

**Harmonogram zajęć w ramach Indywidualnego Planu Studiów (iPlan)**

**dla studentów III roku kierunku lekarskiego**

**imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………………

**rok akademicki** …………………… **rok studiów** ………… **nr grupy studenckiej** …………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmioty****III roku** | **Termin realizowania zajęć w Polsce\*** | **Numer grupy\*\*** | **Uzasadnienie** (przy zmianie grupy) | **Podpis koordynatora****\*\*\*** |
| **Chirurgia ¼**  |  |  |  |  |
| **Choroby wewnętrzne ¼** |  |  |  |  |
| **Dermatologia i wenerologia** |  |  |  |  |
| **Diagnostyka laboratoryjna 2/2**  |  |  |  |  |
| **EBM with elements of medical statistic** |  |  |  |  |
| **Epidemiologia I zdrowie publiczne** |  |  |  |  |
| **Farmakologia 2/2** |  |  |  |  |
| **Ginekologia I położnictwo ¼**  |  |  |  |  |
| **Język angielski 2/3** |  |  |  |  |
| **Laboratoryjne nauczanie umiejętności klinicznych 2/4** |  |  |  |  |
| **Pediatria 1/4** |  |  |  |  |
| **Psychologia lekarska 2/2** |  |  |  |  |
| **Radiologia** |  |  |  |  |
| **Zajęcia dowolne w zakresie nauk klinicznych** |  |  |  |  |
| **Fakultet** |  |  |  |  |
| **Praktyka wakacyjna – w zakresie chorób wewnętrznych** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\***jeśli zajęcia odbywają się w ramach wymiany studenckiej, wpisać nazwę wymiany studenckiej, \*\* nr grupy, z którą będą po zmianie planu realizowane zajęcia, \*\*\* możliwe jest dołączenie zgody w formie mailowej

**IV rok kierunek lekarski**

Załącznik 1. **Harmonogram zajęć w ramach Indywidualnego Planu Studiów (iPlan)**

**dla studentów IV roku kierunku lekarskiego**

**imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………………

**rok akademicki** …………………… **rok studiów** ………… **nr grupy studenckiej** …………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmioty****IV roku** | **Termin realizowania zajęć w Polsce\*** | **Numer grupy\*\*** | **Uzasadnienie** (przy zmianie grupy) | **Podpis koordynatora\*\*\*** |
| **Anestezjologia i intensywna terapia 1/2** |  |  |  |  |
| **Chirurgia 2/4** |  |  |  |  |
| **Choroby wewnętrzne 2/4** |  |  |  |  |
| **Genetyka kliniczna** |  |  |  |  |
| **Ginekologia i położnictwo 2/4** |  |  |  |  |
| **Immunologia kliniczna** |  |  |  |  |
| **Język angielski 3/3** |  |  |  |  |
| **Laboratoryjne nauczanie umiejętności klinicznych 3/4** |  |  |  |  |
| **Laryngologia z propedeutyką stomatologii** |  |  |  |  |
| **Medycyna nuklearna** |  |  |  |  |
| **Medycyna pracy** |  |  |  |  |
| **Medycyna rodzinna ½** |  |  |  |  |
| **Neurologia** |  |  |  |  |
| **Pediatria 2/4** |  |  |  |  |
| **Okulistyka** |  |  |  |  |
| **Prawo medyczne i deontologia lekarska** |  |  |  |  |
| **Psychiatria 1/3** |  |  |  |  |
| **Zajęcia dowolne w zakresie nauk klinicznych** |  |  |  |  |
| **Fakultet**  |  |  |  |  |
| **Praktyka wakacyjna – w zakresie chirurgii** |  |  |  |  |
| **Praktyka wakacyjna – w zakresie pediatrii** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\***jeśli zajęcia odbywają się w ramach wymiany studenckiej, wpisać nazwę wymiany studenckiej, \*\* nr grupy, z którą będą po zmianie planu realizowane zajęcia, \*\*\* możliwe jest dołączenie zgody w formie mailowej

**V rok kierunek lekarski**

Załącznik 1.

**Harmonogram zajęć w ramach Indywidualnego Planu Studiów (iPlan)**

**dla studentów V roku kierunku lekarskiego**

**imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………………

**rok akademicki** …………………… **rok studiów** ………… **nr grupy studenckiej** …………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmioty****V roku** | **Termin realizowania zajęć w Polsce\*** | **Numer grupy\*\*** | **Uzasadnienie** (przy zmianie grupy) | **Podpis koordynatora****\*\*\*** |
| **Anestezjologia i intensywna terapia 2/2** |  |  |  |  |
| **Chirurgia 3/4**  |  |  |  |  |
| **Choroby wewnętrzne 3/4**  |  |  |  |  |
| **Choroby zakaźne** |  |  |  |  |
| **Geriatrics and palliative medicine**  |  |  |  |  |
| **Ginekologia i położnictwo ¾** |  |  |  |  |
| **Laboratoryjne nauczanie umiejętności klinicznych 4/4** |  |  |  |  |
| **Medycyna ratunkowa 1/2**  |  |  |  |  |
| **Medycyna sądowa** |  |  |  |  |
| **Onkologia i hematologia** |  |  |  |  |
| **Ortopedia i traumatologia** |  |  |  |  |
| **Pediatria 3/4** |  |  |  |  |
| **Psychiatria 2/3** |  |  |  |  |
| **Psychoterapia** |  |  |  |  |
| **Rehabilitacja** |  |  |  |  |
| **Warsztaty klinicznych umiejętności psychologicznych** |  |  |  |  |
| **Fakultet** |  |  |  |  |
| **Praktyka wakacyjna – w zakresie intensywnej terapii** |  |  |  |  |
| **Praktyka wakacyjna – w zakresie ginekologii i położnictwa** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\***jeśli zajęcia odbywają się w ramach wymiany studenckiej, wpisać nazwę wymiany studenckiej, \*\* nr grupy, z którą będą po zmianie planu realizowane zajęcia, \*\*\*możliwe jest dołączenie zgody w formie mailowej

**VI rok kierunek lekarski**

Załącznik 1.

**Harmonogram zajęć w ramach Indywidualnego Planu Studiów (iPlan)**

**dla studentów VI roku kierunku lekarskiego**

**imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………………

**rok akademicki** …………………… **rok studiów** ………… **nr grupy studenckiej** …………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmioty****VI roku** | **Termin realizowania zajęć w Polsce\*** | **Numer grupy\*\*** | **Uzasadnienie** (przy zmianie grupy) | **Podpis koordynatora****\*\*\*** |
| **Ginekologia i położnictwo 4/4** |  |  |  |  |
| **Choroby wewnętrzne 4/4** |  |  |  |  |
| **Chirurgia 4/4** |  |  |  |  |
| **Pediatria 4/4** |  |  |  |  |
| **Psychiatria 3/3** |  |  |  |  |
| **Medycyna ratunkowa 2/2** |  |  |  |  |
| **Medycyna rodzinna2/2** |  |  |  |  |
| **Zajęcia dowolne w zakresie nauk klinicznych** |  |  |  |  |
| **Repetytorium nauk klinicznych** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\***jeśli zajęcia odbywają się w ramach wymiany studenckiej, wpisać nazwę wymiany studenckiej

\*\* nr grupy, z którą będą po zmianie planu realizowane zajęcia, \*\*\* możliwe jest dołączenie zgody w formie mailowej

**I rok kierunek dietetyka – studia I stopnia**

Załącznik 1.

**Harmonogram zajęć w ramach Indywidualnego Planu Studiów (iPlan)**

**dla studentów I roku kierunku dietetyka – studia I stopnia**

**imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………………

**rok akademicki** …………………… **rok studiów** ………… **nr grupy studenckiej** …………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmioty****I roku** | **Termin realizowania zajęć w Polsce\*** | **Numer grupy\*\*** | **Uzasadnienie** (przy zmianie grupy) | **Podpis koordynatora****\*\*\*** |
| **Chemia żywności** |  |  |  |  |
| **Podstawy żywienia człowieka** |  |  |  |  |
| **Anatomia człowieka** |  |  |  |  |
| **Język angielski 1/3** |  |  |  |  |
| **Wychowanie fizyczne** |  |  |  |  |
| **Parazytologia**  |  |  |  |  |
| **Socjologia medycyny** |  |  |  |  |
| **Psychologia ogólna** |  |  |  |  |
| **Epidemiologia chorób** |  |  |  |  |
| **Rola rodziny w żywieniu**  |  |  |  |  |
| **Medyczne aspekty organizacji stanowisk pracy**  |  |  |  |  |
| **Historia medycyny** |  |  |  |  |
| **Organizacja pracy w zakładach żywienia** |  |  |  |  |
| **Fizjologia człowieka 1/2** |  |  |  |  |
| **Podstawy diagnostyki klinicznej** |  |  |  |  |
| **Mikrobiologia ogólna i żywności 1/2** |  |  |  |  |
| **Toksykologia i bezpieczeństwo żywności** |  |  |  |  |
| **Edukacja żywieniowa** |  |  |  |  |
| **Higiena i zdrowotne aspekty żywności** |  |  |  |  |
| **Etyka** |  |  |  |  |
| **Ekologia i ochrona przyrody** |  |  |  |  |
| **Praktyka wakacyjna w szpitalu** |  |  |  |  |
| **Praktyka śródroczna w domu pomocy społecznej** |  |  |  |  |
| **Praktyka śródroczna w szpitalu dla dorosłych** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\***jeśli zajęcia odbywają się w ramach wymiany studenckiej, wpisać nazwę wymiany studenckiej,

\*\* nr grupy, z którą będą po zmianie planu realizowane zajęcia, \*\*\* możliwe jest dołączenie zgody w formie mailowej

**II rok kierunek dietetyka – studia I stopnia**

Załącznik 1.

**Harmonogram zajęć w ramach Indywidualnego Planu Studiów (iPlan)**

**dla studentów II roku kierunku dietetyka – studia I stopnia**

**imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………………

**rok akademicki** …………………… **rok studiów** ………… **nr grupy studenckiej** …………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmioty****II roku** | **Termin realizowania zajęć w Polsce\*** | **Numer grupy\*\*** | **Uzasadnienie** (przy zmianie grupy) | **Podpis koordynatora****\*\*\*** |
| **Żywienie człowieka** |  |  |  |  |
| **Biochemia ogólna i żywienia** |  |  |  |  |
| **Genetyka** |  |  |  |  |
| **Technologia informacyjna** |  |  |  |  |
| **Język angielski 2/3** |  |  |  |  |
| **Fizjologia człowieka 2/2** |  |  |  |  |
| **Choroby metaboliczne** |  |  |  |  |
| **Planowanie diet leczniczych** |  |  |  |  |
| **Mikrobiologia ogólna i żywności 2/2** |  |  |  |  |
| **Zaburzenia odżywiania o podłożu psychogennym**  |  |  |  |  |
| **Postępowanie dietetyczne w zatruciach ostrych i przewlekłych**  |  |  |  |  |
| **Technologia żywności i potraw** |  |  |  |  |
| **Alergie pokarmowe** |  |  |  |  |
| **Farmakologia i farmakoterapia żywieniowa oraz interakcja leków z żywnością 1/2** |  |  |  |  |
| **Wstęp do metodologii badań** |  |  |  |  |
| **Żywienie dziecka zdrowego** |  |  |  |  |
| **Analiza i ocena jakości żywności**  |  |  |  |  |
| **Żywienie w chorobach endokrynologicznych dzieci**  |  |  |  |  |
| **Pedagogika**  |  |  |  |  |
| **Praktyka wakacyjna w poradni dietetycznej i dziale żywienia**  |  |  |  |  |
| **Praktyka śródroczna w szpitalu dziecięcym/żłobku/przedszkolu**  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\***jeśli zajęcia odbywają się w ramach wymiany studenckiej, wpisać nazwę wymiany studenckiej

\*\* nr grupy, z którą będą po zmianie planu realizowane zajęcia, \*\*\* możliwe jest dołączenie zgody w formie mailowej

**III rok kierunek dietetyka – studia I stopnia**

Załącznik 1.

**Harmonogram zajęć w ramach Indywidualnego Planu Studiów (iPlan)**

**dla studentów III roku kierunku dietetyka – studia I stopnia**

**imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………………

**rok akademicki** …………………… **rok studiów** ………… **nr grupy studenckiej** …………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmioty****III roku** | **Termin realizowania zajęć w Polsce\*** | **Numer grupy\*\*** | **Uzasadnienie** (przy zmianie grupy) | **Podpis koordynatora****\*\*\*** |
| **Seminarium licencjackie** |  |  |  |  |
| **Kliniczny zarys chorób – postępowanie dietetyczne** |  |  |  |  |
| **Dietetyka kliniczna w pediatrii** |  |  |  |  |
| **Język angielski 2/2** |  |  |  |  |
| **Poradnictw żywieniowe** |  |  |  |  |
| **Farmakologia i farmakoterapia żywieniowa oraz interakcja leków z żywnością 2/2** |  |  |  |  |
| **Informacja naukowa** |  |  |  |  |
| **Kwalifikowana pierwsza pomoc** |  |  |  |  |
| **Prewencja wtórna chorób cywilizacyjnych** |  |  |  |  |
| **Prawo i ekonomika w ochronie zdrowia**  |  |  |  |  |
| **Statystyka**  |  |  |  |  |
| **Podstawy prawa własności intelektualnej** |  |  |  |  |
| **Praktyka śródroczna w poradni dietetycznej** |  |  |  |  |
| **Praktyka śródroczna z technologii żywienia** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\***jeśli zajęcia odbywają się w ramach wymiany studenckiej, wpisać nazwę wymiany studenckiej, \*\* nr grupy, z którą będą po zmianie planu realizowane zajęcia, \*\*\* możliwe jest dołączenie zgody w formie mailowej

**I rok kierunek dietetyka – studia II stopnia**

Załącznik 1.

**Harmonogram zajęć w ramach Indywidualnego Planu Studiów (iPlan)**

**dla studentów I roku kierunku dietetyka – studia II stopnia**

**imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………………

**rok akademicki** …………………… **rok studiów** ………… **nr grupy studenckiej** …………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmioty****I roku** | **Termin realizowania zajęć w Polsce\*** | **Numer grupy\*\*** | **Uzasadnienie** (przy zmianie grupy) | **Podpis koordynatora****\*\*\*** |
| **Planowanie diet leczniczych** |  |  |  |  |
| **Patofizjologia kliniczna** |  |  |  |  |
| **Fizjologia żywienia człowieka**  |  |  |  |  |
| **Jakość i bezpieczeństwo żywności**  |  |  |  |  |
| **Język angielski 1/2** |  |  |  |  |
| **Diagnostyka laboratoryjna** |  |  |  |  |
| **Demografia i epidemiologia żywieniowa** |  |  |  |  |
| **Nutrigenomika** |  |  |  |  |
| **Immunologia** |  |  |  |  |
| **Socjologia żywienia**  |  |  |  |  |
| **Zdrowe publiczne** |  |  |  |  |
| **Chemiczne i fizyczne aspekty jakości żywności**  |  |  |  |  |
| **Ustawodawstwo żywnościowo-żywieniowe i polityka wyżywienia** |  |  |  |  |
| **Produkcja potraw** |  |  |  |  |
| **Stan odżywienia człowieka z elementami antropometrii** |  |  |  |  |
| **Dietetyka pediatryczna** |  |  |  |  |
| **Podstawy żywienia zbiorowego** |  |  |  |  |
| **Zarządzanie i marketing** |  |  |  |  |
| **Metodologia badań 1/2** |  |  |  |  |
| **Etyka w żywieniu** |  |  |  |  |
| **Statystyka w żywieniu**  |  |  |  |  |
| **Informatyka** |  |  |  |  |
| **Prawo własności intelektualnej** |  |  |  |  |
| **Praktyka wakacyjna w poradni dietetycznej**  |  |  |  |  |
| **Praktyka wakacyjna w szpitalu dziecięcym** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\***jeśli zajęcia odbywają się w ramach wymiany studenckiej, wpisać nazwę wymiany studenckiej

\*\* nr grupy, z którą będą po zmianie planu realizowane zajęcia

\*\*\* możliwe jest dołączenie zgody w formie mailowej

**II rok kierunek dietetyka - studia II stopnia**

Załącznik 1.

**Harmonogram zajęć w ramach Indywidualnego Planu Studiów (iPlan)**

**dla studentów II roku kierunku dietetyka – studia II stopnia**

**imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………………

**rok akademicki** …………………… **rok studiów** ………… **nr grupy studenckiej** …………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmioty****II roku** | **Termin realizowania zajęć w Polsce\*** | **Numer grupy\*\*** | **Uzasadnienie** (przy zmianie grupy) | **Podpis koordynatora****\*\*\*** |
| **Seminarium magisterskie** |  |  |  |  |
| **Język angielski 2/2** |  |  |  |  |
| **Żywienie kliniczne** |  |  |  |  |
| **Leczenie żywieniowe w pediatrii** |  |  |  |  |
| **Leczenie dietetyczne chorób niezakaźnych i żywieniowo zależnych**  |  |  |  |  |
| **Edukacja i poradnictwo żywieniowe** |  |  |  |  |
| **Metodologia badań 2/2** |  |  |  |  |
| **Prewencja wtórna chorób żywieniowo-zależnych** |  |  |  |  |
| **Evidence Based Medicine (EBM)** |  |  |  |  |
| **Żywienie niemowląt**  |  |  |  |  |
| **Psychologia kliniczna i zaburzenia łaknienia**  |  |  |  |  |
| **Zasady żywienia sportowców i osób aktywnych fizycznie** |  |  |  |  |
| **Zasady i organizacja żywienia zbiorowego i żywienia w szpitalach** |  |  |  |  |
| **Enologia** |  |  |  |  |
| **Interakcje leku z pożywieniem -aspekty kliniczne**  |  |  |  |  |
| **Pedagogika** |  |  |  |  |
| **Zajęcia fakultatywne** |  |  |  |  |
| **Edukacja żywieniowa** |  |  |  |  |
| **Praktyka śródroczna w szpitalu dla dorosłych**  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\***jeśli zajęcia odbywają się w ramach wymiany studenckiej, wpisać nazwę wymiany studenckiej

\*\* nr grupy, z którą będą po zmianie planu realizowane zajęcia

\*\*\* możliwe jest dołączenie zgody w formie mailowej