**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 przypadku dużych postępów w nauce (uzyskanie minimum 60 punktów ECTS na zakończenie jednego semestru) oraz w innych wyjątkowych sytuacjach.
2. Indywidualny Plan Studiów może polegać m. in. na modyfikacji porządku zajęć dydaktycznych   
   w ramach toku studiów oraz terminów zaliczeń i egzaminów.
3. Zgoda na Indywidualny Plan Studiów może być udzielona przez Prodziekan ds. studenckich

na wniosek studenta.

1. 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 (możliwe jest dołączenie zgody w formie mailowej).
2. 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 1/2** |  |  |  |  |
| **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 zgodny 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** |
| **Biochemia z elementami chemii 2/2** |  |  |  |  |
| **Biofizyka medyczna** |  |  |  |  |
| **Diagnostyka laboratoryjna ½** |  |  |  |  |
| **Farmakologia ½** |  |  |  |  |
| **Higiena** |  |  |  |  |
| **Język angielski 1/2** |  |  |  |  |
| **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 zgodny 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** |  |  |  |  |
| **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 zgodny 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** |  |  |  |  |
| **Medycyna nuklearna** |  |  |  |  |
| **Medycyna pracy** |  |  |  |  |
| **Medycyna rodzinna ½** |  |  |  |  |
| **Neurologia** |  |  |  |  |
| **Pediatria 2/4** |  |  |  |  |
| **Okulistyka** |  |  |  |  |
| **Podstawy ultrasonografii** |  |  |  |  |
| **Prawo medyczne i deontologia lekarska** |  |  |  |  |
| **Propedeutyka stomatologii** |  |  |  |  |
| **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 zgodny 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 zgodny 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 rodzinna 2/2** |  |  |  |  |
| **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 zgodny 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 z zakresu technologii żywienia** |  |  |  |  |
| **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 zgodny 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 zgodny 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** |
| **Repetytorium licencjackie** |  |  |  |  |
| **Kliniczny zarys chorób – postępowanie dietetyczne** |  |  |  |  |
| **Dietetyka kliniczna w pediatrii** |  |  |  |  |
| **Język angielski 3/3** |  |  |  |  |
| **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 w domu pomocy społecznej** |  |  |  |  |

**\***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 zgodny 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** |  |  |  |  |
| **Biochemia żywienia** |  |  |  |  |
| **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 zgodny 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** |
| **Repetytorium 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 noworodków chorych** |  |  |  |  |
| **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 zgodny w formie mailowej.