

Wniosek o zmianę odbywania zajęć dydaktycznych na studiach stacjonarnych

Informacja o studiach

Nazwa kierunku studiów
Poziom studiów
Rok studiów
Semestr studiów

Informacja o grupie studentów wnioskujących o prowadzenie zajęć w soboty i niedziele

Imię i nazwisko starosty grupy
Imienny wykaz studentów przypisanych do grupy
1.
2.
Numer grupy

Informacja o zajęciach

Lp.	Nazwa zajęć	Imię i nazwisko prowadzącego	Forma zajęć	Liczba godzin dydaktycznych
1.				
2.				

Pisemne uzasadnienie wniosku o odbywanie części zajęć dydaktycznych w soboty i w niedziele

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

.....
Data i podpis Starosty grupy

Opinia Dyrektora Instytutu

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

.....
Data i podpis Dyrektora Instytutu

Opinia Kierownika Działu Kształcenia

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

.....
Data i podpis Kierownika Działu Kształcenia

Opinia Kwestora

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

.....
Data i podpis Kwestora

Opinia Prorektora ds. dydaktycznych

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

.....
Data i podpis Prorektora ds. dydaktycznych

Decyzja Rektora

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na odbywanie części zajęć dydaktycznych w soboty i niedziele.

.....
data i podpis Rektora PWSTE

*niepotrzebne skreślić