Imię i Nazwisko: Częstochowa, dn………………………..

Kierunek:

Studia: stacjonarne/niestacjonarne\*

Semestr/Rok:

Numer albumu:

**INDYWIDUALNA ORGANIZACJA ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH - tryb zaliczeń i egzaminów**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu** | **Prowadzący zajęcia** | **Warunki zaliczenia** | **Podpis prowadzącego zajęcia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Opinia i podpis Pełnomocnika Dziekana ds. właściwego kierunku studiów:** …………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Podpis Prodziekana ds. Studencko-Dydaktycznych WNSPT:………………………………………………………...**