*(imię i nazwisko studenta) (miejscowość, data)*

 *(kierunek, poziom i profil studiów)*

 *(studia stacjonarne/niestacjonarne)*

 *(semestr studiów)*

 *(numer albumu)*

 @student.polsl.pl

 *(adres e-mail)*

Załącznik do wniosku o przyznanie indywidualnej organizacji studiów

Wyrażam zgodę na indywidualną organizację studiów studenta w okresie

 *(data i podpis prodziekana ds. kształcenia/*

 *z-cy dyrektora ds. kształcenia)*

| Wykaz warunków uzyskania zaliczenia dla zajęć odbywających się w ramach indywidualnej organizacji studiów |
| --- |
| Lp. | NAZWA ZAJĘĆ | IMIĘ I NAZWISKO OSOBY PROWADZĄCEJ ZAJĘCIA | WARUNKI UZYSKANIA ZALICZENIA | PODPIS OSOBY PROWADZĄCEJ ZAJĘCIA |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |