*(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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |