



....., dnia.....
miejsowość

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek studiów

.....
nr albumu

.....
adres e-mail

Wniosek o udzielenie zgody na eksternistyczną realizację zajęć

Kierownik kierunku
nazwa kierunku

.....
Stopień/tytuł naukowy, imię i nazwisko kierownika kierunku

Zwracam o udzielenie zgody na eksternistyczną realizację zajęć w roku akademickim/.....

Z powodu.....

Proszę o zgodę na eksternistyczne zaliczenie następujących przedmiotów* :

- 1)
- 2)
- 3)

.....
podpis studenta

* mogą zostać wybrane maksymalnie trzy przedmioty

Zgoda prowadzących zajęcia w danym roku akademickim:

- 1)
- 2)
- 3)

Decyzja kierownika kierunku:

.....
.....