Wrocław, dnia

Imię i nazwisko:
Nr albumu:

Wydział: Podstawowych Problemów Techniki
Stopień studiów:
Kierunek:
Specjalność:
Rok studiów: , semestr:

 Prodziekan ds. Studenckich
 Wydziału Podstawowych Problemów Techniki Politechniki Wrocławskiej

**Dotyczy:** Realizacja kursu bez odbywania zajęć

Proszę o wyrażenie zgody na realizację kursu bez odbywania zajęć w semestrze zimowym 2017/2018
w trybie 10-tygodniowym/15-tygodniowym\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kod kursu i forma zajęć | Nazwa kursu | Punkty ECTS | Liczba godzin | Numer sem. wg planu | Numer realizacjikursu |
|  |  |  |  |  |  |

Prowadzący:

Uzasadnienie:

- kurs nie jest oferowany w kolejnym semestrze, co uniemożliwia mi zrealizowanie i zakończenie programu kształcenia oraz przystąpienie do egzaminu dyplomowego w semestrze zimowym 2017/2018\*

- zaległy kurs nie będzie już oferowany i nie ma kursów zamiennych\*

……….…..……………………………..
Podpis studenta

Wyrażam zgodę na realizację kursu bez odbywania zajęć w trybie 10-tygodniowym/15-tygodniowym\*

……….…..……………………………..Podpis prowadzącego kurs

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody\* na realizację kursu bez odbywania zajęć w podanym trybie

……….…..……………………………..

Podpis prodziekana

\*) niepotrzebne skreślić