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 w trybie 10-tygodniowym

Proszę o wyrażenie zgody na realizację kursu w trybie 10-tygodniowym w sem. zimowym 2017/2018

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

Prowadzący:

Uzasadnienie: W kolejnym semestrze będę realizował ostatni semestr studiów pierwszego stopnia według 10-tygodniowego kalendarza zajęć.

……….…..……………………………..
Podpis studenta

Wyrażam zgodę na realizację kursu w trybie 10-tygodniowym.

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

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody\* na realizację kursu w trybie 10-tygodniowym.

……….…..……………………………..

Podpis prodziekana

\*) niepotrzebne skreślić