Imię i nazwisko studenta Miejscowość i data

Kierunek/specjalność studiów

Nr albumu, rok i tryb studiów

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

 Dziekan Wydziału Studiów Stosowanych

Dotyczy: **zaliczenia komisyjnego**

Uprzejmie proszę o wyznaczenie terminu komisyjnego zaliczenia przedmiotu ……………………………………………………………………………… prowadzonego przez …………………………………………………………… .

Uzasadnienie:

 Z poważaniem

 podpis

|  |
| --- |
| Decyzja Dziekana: |
| Skład Komisji Zaliczającej[[1]](#footnote-1):Przewodniczący: Zaliczający przedmiot: Drugi specjalista:  |

1. Skład Komisji wyznacza Dziekan. [↑](#footnote-ref-1)