…………………………………………………….. Wrocław, dnia ……..……..…….…

 imię i nazwisko

………………………………………………………

 kierunek studiów

………………………………………………………

 stopień studiów i numer semestru

……………………………………

 nr albumu

……………………………………………………………

 aktualny adres korespondencyjny

……………………………………………………

 kontaktowy numer telefoniczny

Dziekan Wydziału
Fizyki i Astronomii UWr

**Podanie o możliwość zaliczenia dodatkowych przedmiotów**

Proszę o wyrażenie zgody na zaliczenie niżej wymienionych przedmiotów w semestrze letnim/zimowym\* roku akademickiego 20…..../……. i potraktowanie ich jako integralną część studiów/przedmioty ponadprogramowe\*.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu, na jakim kierunku, wydziale, uczelni | Forma i wymiar zajęć | Liczba punktów ECTS | Forma zaliczenia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 ……………………………………………………………..

 podpis studentki/studenta

……………………………………………………………………………………………………..

 decyzja Dziekana, data, podpis

\* niepotrzebne skreślić