…………………………………………………….. 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

**Wniosek o Indywidualny Tok Studiów (ITS)**

Proszę o wyrażenie zgody na przyznanie Indywidualnego Toku Studiów (ITS)
od semestru letniego/zimowego\* roku akademickiego 20…..../….…. .

Uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…..…………………………………………………………….

 podpis studentki/studenta

Pozytywnie opiniuję wniosek i proponuję wyznaczenie ………………………………………………………………………
 stopień naukowy oraz imię i nazwisko

jako opiekuna naukowego studentki/studenta\*.

 ………………………………………………………………….

 podpis Z-cy Dyrektora Instytutu ds. Dydaktycznych

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 decyzja Dziekana, data, podpis

\* niepotrzebne skreślić