…………………………………………………….. 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