…………………………………………………….. 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 eksternistyczne zaliczanie zajęć**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na eksternistyczne zaliczanie niżej wymienionych zajęć:

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

UZASADNIENIE

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

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

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

 ……………………………………………………………..

 podpis studentki/studenta

Wyrażam zgodę i potwierdzam ustalenie indywidualnych warunków zaliczania zajęć.

 ………………………………………………………

 podpis osoby prowadzącej zajęcia

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

 decyzja Dziekana

…………………………………………………………..……….

 data i podpis Dziekana