…………………………………………………….. 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