

Wrocław, dn.

Imię i nazwisko studenta:

Kierunek studiów:

Nr albumu

Rok studiów/stacjonarne/niestacjonarne/wieczorowe

.....

Tel./e-mail:

Adres do korespondencji:

.....

.....

Prodziekan ds. dydaktyki stacjonarnej i spraw studenckich
Prodziekan ds. dydaktyki niestacjonarnej i jakości kształcenia

PODANIE

Na podstawie Regulaminu studiów w Uniwersytecie Wrocławskim z dnia 24 kwietnia 2024 r. (UCHWAŁA NR 68/2024 SENATU UNIWERSYTETU WROCŁAWSKIEGO z dnia 24 kwietnia 2024 r. w sprawie Regulaminu studiów na Uniwersytecie Wrocławskim),
Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na:

- indywidualną organizację studiów (§ 25 pkt. 1,2,3)
- zaliczanie wybranych/wszystkich zajęć według indywidualnej organizacji studiów w tym eksternistycznie (według załączonego wykazu- zał. 1)

w semestrze:, w roku akademickim:

- indywidualny planu studiów (24.1 pkt 2,3,4,5) (zał. 1,2 i 3)
- od semestru:, przez pełny okres toku studiów.

Prośbę swoją motywuję (treść uzasadnienia):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Załączam dokumenty: (wymienić dokumenty, które potwierdzają zasadność złożenia wniosku np. zaświadczenia lekarskie):

1.
2.
3.

Do podania załączam:

zał. 1

zał. 2

zał. 3

.....
Data i podpis studenta

Student:

Indywidualna organizacja studiów wybranych/wszystkich zajęć/ w semestrze/semestrach, w roku akademickim/przez cały okres studiów:.....

Indywidualny plan studiów w semestrze/semestrach:, w roku akademickim/przez cały okres studiów:.....

Nazwa przedmiotu	Typ zajęć/Liczba godzin	Osoba prowadząca zajęcia	Zgoda/brak zgody prowadzącego o zajęcia	Tryb i forma zaliczenia zajęć	Termin zaliczenia zajęć (rok akademicki/semestr /etap)	Punkty ECTS

Decyzja Dyrektora ds. Dydaktycznych:

Decyzja Dziekana/Prodziekana:

PISEMNA OPINIA W SPRAWIE

zasadności wnioskowania do Rady Wydziału o indywidualny plan studiów

Student:

Instytut wnioskujący do Rady Wydziału:

OPINIA OPIEKUNA NAUKOWEGO W INSTYTUCIE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

STANOWISKO OPIEKUNA NAUKOWEGO I DYREKTORA INSTYTUTU/Dyrektora ds. Dydaktycznych, zobowiązując się do przygotowania indywidualnego planu, weryfikacji układu efektów uczenia się i punktacji ECTS oraz potwierdzenia osiągnięcia efektów uczenia się:

.....

.....

.....

.....

PISEMNA ZGODA OPIEKUNA NAUKOWEGO

tytuł naukowy/stopień naukowy.....

Imię i Nazwisko:.....

Jednostka:.....

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna naukowego studenta/studentki.....

od/w roku akademickim..... w semestrze/semestrach.....w czasie realizacji przez niego/nią indywidualnego planu studiów (zgodnie z załącznikiem nr 1).

Deklaruję wsparcie merytoryczne i organizacyjne zgodnie z obowiązującymi przepisami i regulacjami Uniwersytetu Wrocławskiego i Wydziału.

.....

Data i podpis