Rzeszów, dn. ………………r.

Imię i nazwisko: ……………………

Nr albumu: …………………………

Kierunek studiów: …………………

Rok studiów: ……… w r. ak. ….../…...

 **Kierownika Katedry/Zakładu**

**…………………………..**

Proszę o przeprowadzenie zaliczenia komisyjnego z zajęć: ………………………..

**Uzasadnienie**:

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

 ………………………

Podpis studenta

Decyzja

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

 ..……………….

Data i podpis

Kierownika Katedry/Zakładu

|  |
| --- |
| **ZALICZENIE KOMISYJNE** |
| **Nazwa zajęć:**  |
| **Data:**  | **Ocena:** |
| **Skład komisji:** **Podpisy:** **Przewodniczący komisji**………………………….**Egzaminator**…………………………**Członek komisji**………………………… |