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**  ………………………… | |