Imię i nazwisko: ………………………… Stalowa Wola, ………………………..

Nr albumu: ………………………………

Kierunek studiów: ……………….………

Rok studiów: ……… w r. ak. …...../….....

**Kierownik Zakładu**

**………………………………………….……**

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

Uzasadnienie :

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

...................................................... podpis studenta

 Decyzja:

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

 …………………………………....
 data i podpis Kierownika Zakładu

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