

.....
imię i nazwisko studenta

Nr albumu

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Kierunek

Specjalność

rok semestr

Forma studiów: stacjonarne/niestacjonarne*

Telefon kontaktowy

INDYWIDUALNA ORGANIZACJA STUDIÓW - HARMONOGRAM ZAJĘĆ

| Lp. | Nazwa przedmiotu | Imię i nazwisko osoby prowadzącej | Sposób zaliczenia przedmiotu | Termin zaliczenia | Podpis osoby prowadzącej |
|-----|------------------|-----------------------------------|------------------------------|-------------------|--------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

.....
podpis studenta

* niewłaściwe skreślić