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*** | |