.............................................. Szczecin.................................

Imię i Nazwisko

……………………………..

Nr albumu

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

Rok studiów

………………………

Rodzaj

**KOORDYNATOR KIERUNKU**

**…………………………………..**

Proszę o wyrażenie zgody na **zaliczenie komisyjne** z przedmiotu z uwzględnieniem form zaliczeń .............................................................................

Uzasadnienie ……………………………………………………………...

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

 ( podpis studenta )