

PLAN MODYFIKACJI TERMINÓW REALIZACJI PRZEDMIOTÓW (dotyczy IPPS)

Katowice, dnia:

Imię i nazwisko Studenta/Studentki:

Kierunek studiów:

Rok studiów: Semestr:

Nr albumu:

Data otrzymania zgodny na studiowanie w formie IPPS:

Okres studiowania w formie IPPS:

Opiekun studentów studiujących w formie IPPS na Wydziale Fizjoterapii

Uprzejmie proszę o zgodę na modyfikację realizacji zajęć według następującego planu:

Nazwa zajęć	Planowy termin realizacji zajęć	Zmiana terminu realizacji zajęć	Koordynator zajęć	Opinia koordynatora zajęć	Decyzja opiekuna studentów studiujących w formie IPPS
	Rok / Semestr	Rok / Semestr			

Podpis studenta / studentki:

Data i podpis opiekuna studentów studiujących w formie IPPS:

Uwaga: Modyfikacja terminów realizacji zajęć może dotyczyć jedynie zajęć objętych terminem studiowania w formie IPPS.

INFORMACJA DO DZIEKANA O MODYFIKACJI PLANU REALIZACJI ZAJĘĆ (dotyczy IPPS)

Katowice, dnia:

Imię i nazwisko Studenta/Studentki:

Kierunek studiów:

Rok studiów: Semestr:

Nr albumu:

Dziekan Wydziału Fizjoterapii

Uprzejmie informuję o modyfikacji planu realizacji zajęć objętych terminem studiowania w formie IPPS, zgodnie z planem modyfikacji zaakceptowanym przez opiekuna studentów studiujących w formie IPPS.

Kopię planu modyfikacji przedstawiam w załączeniu *(do dokumentu należy dołączyć kopię wypełnionego załącznika nr 1)*.

Podpis studenta / studentki:

ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH DYDAKTYCZNYCH (dotyczy IPPS)

Katowice, dnia:

Imię i nazwisko Studenta/Studentki:

Kierunek studiów:

Rok studiów: Semestr:

Nr albumu:

Data otrzymania zgodny na studiowanie w formie IPP:

Okres studiowania w formie IPPS:

Zajęcia (nazwa):

Imię i nazwisko koordynatora zajęć:

Uprzejmie proszę o zwolnienie z uczestnictwa w zajęciach dydaktycznych z następującego przedmiotu:

Nazwa zajęć	Rok / Semestr	Liczba godzin wykładów przewidziana w programie studiów	Liczba godzin ćwiczeń przewidziana w programie studiów

Opinia koordynatora zajęć dotycząca wymiaru zwolnienia studenta z uczestnictwa w zajęciach: student może
uzyskać zwolnienie z obowiązku uczestnictwa w zajęciach w następującym wymiarze godzin:

Nazwa zajęć	Rok / Semestr	Liczba godzin wykładów, z których student może uzyskać zwolnienie	Liczba godzin ćwiczeń, z których student może uzyskać zwolnienie

Data i podpis koordynatora zajęć:

Decyzja opiekuna studentów studiujących w formie IPPS:* (niepotrzebne skreślić) wyrażam zgodę na zwolnienie
z zajęć dydaktycznych w wymiarze proponowanym powyżej przez koordynatora zajęć / wyrażam zgodę na
zwolnienie z zajęć dydaktycznych w następującym wymiarze:

Nazwa zajęć	Rok / Semestr	Liczba godzin wykładów, z których student może uzyskać zwolnienie	Liczba godzin ćwiczeń, z których student może uzyskać zwolnienie

Nie wyrażam zgody na zwolnienie studenta z zajęć dydaktycznych (uzasadnienie):

.....

.....

Data i podpis opiekuna studentów studiujących w formie IPPS:

Uwaga: W przypadku IPPS zwolnienie studenta z obowiązku uczęszczania na zajęcia dydaktyczne może obejmować najwyżej 20% godzin zajęć kształcących umiejętności ustalonych w programie studiów z danych zajęć oraz do 100% godzin zajęć kształcących wiedzę ustalonych w programie studiów.

O zwolnieniu z obowiązku uczestnictwa w zajęciach student jest zobowiązany poinformować nauczyciela prowadzącego zajęcia w terminie do 7 dni od uzyskania zgody opiekuna studentów studiujących w formie IPPS na Wydziale Fizjoterapii.

ZMIANA TERMINU PRZYSTĄPIENIA DO ZALICZENIA / EGZAMINU (dotyczy IPPS i IOS)

Katowice, dnia:

Imię i nazwisko Studenta/Studentki:

Kierunek studiów:

Rok studiów: Semestr:

Nr albumu:

Data otrzymania zgodny na studiowanie w formie IPPS / IOS*: (*niepotrzebne skreślić)

Okres studiowania w formie IPPS / IOS*: (*niepotrzebne skreślić)

Zajęcia (nazwa):

Nauczyciel prowadzący zajęcia:

Uprzejmie proszę o wyznaczenie indywidualnego terminu przystąpienia do zaliczenia / egzaminu * (niepotrzebne skreślić) z wyżej wymienionych zajęć.

Termin zaliczenia / egzaminu* (niepotrzebne skreślić) wyznaczony przez nauczyciela:

Data i podpis nauczyciela:

Uwaga: Student studiujący w formie IOS ma prawo do zaliczania przedmiotów i zdawania egzaminów w formie i w terminach uzgodnionych indywidualnie z nauczycielem prowadzącym zajęcia, nie później jednak niż do końca semestru, w którym są realizowane dane zajęcia.

W przypadku IPPS zmiany terminów zaliczeń i egzaminów uzgodnione z nauczycielami mogą się odbywać jedynie w czasie, na który przyznany jest IPPS. Jeśli termin zaliczeń i egzaminów wykracza poza termin, na który został przyznany IPPS zmiana terminu wymaga zgody dziekana..

ZMIANA TERMINU ODBYCIA PRAKTYK ZAWODOWYCH (dotyczy IPPS)

Katowice, dnia:

Imię i nazwisko Studenta/Studentki:

Kierunek studiów:

Rok studiów: Semestr:

Nr albumu:

Data otrzymania zgodny na studiowanie w formie IPPS:

Okres studiowania w formie IPPS / IOS:

Dziekan Wydziału Fizjoterapii

Upieramie proszę o zgodę na odbycie praktyki zawodowej: (podać nazwę praktyki)

.....(rok..... semestr.....)

w terminie:

Opinia Kierownika Praktyk Studenckich:

.....

Podpis Kierownika Praktyk Studenckich:

Opinia Opiekuna studentów studiujących według IPPS (dotyczy tylko IPPS):

.....

Podpis Opiekuna:

Decyzja Dziekana:

ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH DYDAKTYCZNYCH (dotyczy IOS)

Katowice, dnia:

Imię i nazwisko Studenta/Studentki:

Kierunek studiów:

Rok studiów: Semestr:

Nr albumu:

Data otrzymania zgodny na studiowanie w formie IOS:

Zajęcia (nazwa):

Koordynator zajęć:

Uprzejmie proszę o zwolnienie z uczestnictwa w następujących zajęciach dydaktycznych:

Nazwa zajęć	Rok / Semestr	Liczba godzin wykładów przewidziana w programie studiów	Liczba godzin ćwiczeń przewidziana w programie studiów

Decyzja koordynatora zajęć dotycząca wymiaru zwolnienia studenta z uczestnictwa w zajęciach: wyrażam zgodę na zwolnienie studenta z obowiązku uczestnictwa w zajęciach dydaktycznych w następującym wymiarze godzin:

Nazwa zajęć	Rok / Semestr	Liczba godzin wykładów, z których student uzyskuje zwolnienie	Liczba godzin ćwiczeń, z których student uzyskuje zwolnienie

Nie wyrażam zgody na zwolnienie studenta z zajęć dydaktycznych (uzasadnienie):

.....

.....

Data i podpis koordynatora przedmiotu:

Uwaga: W przypadku IOS zwolnienie studenta z obowiązku uczęszczania na zajęcia dydaktyczne może obejmować najwyżej 20% godzin zajęć kształcących umiejętności określonych w programie studiów oraz do 50% godzin zajęć kształcących wiedzę określonych w programie studiów. O zwolnieniu z obowiązku uczestnictwa w zajęciach student jest zobowiązany poinformować nauczyciela prowadzącego zajęcia w terminie do 7 dni od uzyskania zgody koordynatora zajęć.

ZMIANA TERMINU ODBYCIA PRAKTYK ZAWODOWYCH (dotyczy IPOS)

Katowice, dnia:

Imię i nazwisko Studenta/Studentki:

Kierunek studiów:

Rok studiów: Semestr:

Nr albumu:

Data otrzymania zgodny na studiowanie w formie IOS:

Dziekan Wydziału Fizjoterapii

Upzejmie proszę o zgodę na odbycie praktyki zawodowej: (podać nazwę praktyki)

.....(rok..... semestr.....)

w terminie:

Opinia Kierownika Praktyk Studenckich:

.....

Podpis Kierownika Praktyk Studenckich:

Decyzja Dziekana: