

## 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**

Uprzejmie 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 zgody na studiowanie w formie IOS: .....

**Zajęcia (nazwa):** .....**Koordinator 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**

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

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

w terminie: .....

**Opinia Kierownika Praktyk Studenckich:** .....

.....

Podpis Kierownika Praktyk Studenckich: .....

**Decyzja Dziekana:** .....