

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:

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:

ZMIANA TERMINU ODBYCIA PRAKTYK ZAWODOWYCH (dotyczy IOS)

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: