Opole, dnia…………..20……r.

……………………………………………………………
 ( nazwisko i imię )

**Adnotacja Dziekanatu:**

podanie złożono w dniu: ..............................

nr rejestru: …………………………………….

…..……………………

(podpis pracownika)

…………………………………………………………….
 ( rok, kierunek, tryb studiów)

…………………………………………………………….
 ( nr albumu)

……………………………………………………………
 ( tel. Kontaktowy/e-mail)

KOORDYNATOR KIERUNKU

………………………………………..

 Wydziału Nauk o Zdrowiu

 Uniwersytetu Opolskiego

**WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE ZALICZENIA KOMISYJNEGO**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na przeprowadzenie zaliczenia komisyjnego
z przedmiotu………………………………….w roku akademickim ……/…….:

Uzasadnienie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ( podpis studenta/studentki)

**DECYZJA KOORDYNATORA KIERUNKU:**

Na podstawie § 24 ust.2 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Opolskiego (tj.: uchwała nr 167/2020-2024 Senatu Uniwersytetu Opolskiego z dnia 11 kwietnia 2022 r.) Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaliczenia komisyjnego z przedmiotu ……………………………………….……………………………..………………w roku akademickim.…………...../…………….

Opole, dnia………………….20…. r. ( podpis i pieczęć koordynatora kierunku)