Załącznik nr 1

Nazwisko i imię studenta:

Nr albumu:

Kierunek:

Specjalność:

Rok: semestr:

Forma studiów: stacjonarne / niestacjonarne

Telefon kontaktowy:

**INDYWIDUALNA ORGANIZACJA STUDIÓW – harmonogram zajęć**

| L.p. | Nazwa przedmiotu | Imię i nazwisko osoby prowadzącej | Sposób zaliczenia przedmiotu | Termin zaliczenia | Podpis osoby prowadzącej |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Podpis studenta:

\* Niewłaściwe skreślić