Załącznik nr 1

Imię i nazwisko studenta

# Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu

Nr albumu

Rok i kierunek studiów

Semestr

Telefon kontaktowy

Forma studiów: stacjonarne/niestacjonarne**\***

# Harmonogram zajęć (Indywidualna Organizacja Studiów\*\*)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu\*\*\* | Rodzaj zajęć | Imię i nazwisko osoby prowadzącej\*\*\* | Wymagana obecność na zajęciach (np. min. 50%) | Dodatkowe formy weryfikacji stopnia osiągnięcia efektów uczenia się (kolokwium, prezentacja, projekt) | Terminy realizacji dodatkowych form weryfikacji stopnia osiągnięcia efektów uczenia się | Formy weryfikacji stopnia osiągnięcia efektów uczenia się wynikające z sylabusa przedmiotu | Terminy realizacji form weryfikacji stopnia osiągnięcia efektów uczenia się  | Podpis osoby prowadzącej |
| 1. |  | ćwiczenia audytoryjne / laboratorium |  |  |  |  |  |  |  |
| wykład |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  | ćwiczenia audytoryjne / laboratorium |  |  |  |  |  |  |  |
| wykład |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  | ćwiczenia audytoryjne / laboratorium |  |  |  |  |  |  |  |
| wykład |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  | ćwiczenia audytoryjne / laboratorium |  |  |  |  |  |  |  |
| wykład |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  | ćwiczenia audytoryjne / laboratorium |  |  |  |  |  |  |  |
| wykład |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  | ćwiczenia audytoryjne / laboratorium |  |  |  |  |  |  |  |
| wykład |  |  |  |  |  |  |  |

 (podpis studenta)

**\*** niewłaściwe skreślić

\*\* indywidualna organizacja studiów obowiązuje od dnia wydania decyzji przez Dziekana WNMZ

\*\*\* pola należy uzupełnić komputerowo