**HARMONOGRAM REALIZACJI INDYWIDUALNEJ ORGANIZACJI STUDIÓW\***

**Student:……………………………………………………………….…………**

**Nr albumu:………………………………..**

**WARUNKI/FORMY OTRZYMANIA ZALICZENIA ZAJĘĆ
PRZEZ STUDENTA POSIADAJACEGO ZGODĘ NA IOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zajęć** | **Liczba godzin** | **Forma zajęć\*\*** | **Nauczyciel prowadzący** | **Warunki i termin zaliczenia zajęć określone przez Nauczyciela (w tym frekwencja studenta)**  | **Forma kontaktu z nauczycielem\*\*\*** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |  |  |

\*Student w ciągu 21 dni od otrzymania zgody na Indywidualną Organizację Studiów przedkłada wypełniony harmonogram wraz z podpisem opiekuna roku do Działu Obsługi Studenta.

Forma zajęć\*\* - W, L, ZP, PR, S, Ćw.

Forma kontaktu z nauczycielem\*\*\* - kontakt osobisty (podpis nauczyciela), kontakt mailowy (dołączony wydruk wiadomości mailowej).