**HARMONOGRAM REALIZACJI INDYWIDUALNEJ ORGANIZACJI STUDIÓW\***

**Imię i nazwisko i studenta: ……………………...………………………………….…………**

**Nr albumu: ……………………………………………………………………………………..**

**Kierunek studiów: Kosmetologia**

**Poziom studiów: Studia I stopnia**

**Rok studiów: III semestr: VI**

**Rok akademicki: 2019/2020 semestr letni**

**WARUNKI I TERMIN UZYSKANIA ZALICZENIA ZAJĘĆ   
PRZEZ STUDENTA POSIADAJĄCEGO ZGODĘ NA INDYWIDULANĄ ORGANIZACJĘ STUDIÓW**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zajęć** | **Liczba godzin** | **Forma zajęć\*\*** | **Imię  i nazwisko nauczyciela** | **Warunki  i termin uzyskania zaliczenia zajęć** | **Podpis nauczyciela** |
| 1. | Technologia form kosmetyków | 30 | W |  |  |  |
| 2. | Technologia form kosmetyków | 15 | Ć |  |  |  |
| 3. | Technologia form kosmetyków | 45 | ZP |  |  |  |
| 4. | Kosmetologia lecznicza | 15 | W |  |  |  |
| 5. | Kosmetologia lecznicza | 15 | ZP |  |  |  |
| 6. | Kosmetologia lecznicza | 30 | PZ |  |  |  |
| 7. | Seminarium dyplomowe | 45 | SEM |  |  |  |
| 8. | Praktyki zawodowe realizowane w zakładzie pracy | 160 | PZ |  |  |  |
| 9. | Towaroznawstwo produktów kosmetycznych | 45 | W |  |  |  |
| 10. | Medycyna fizykalna i kinezyterapia | 15 | W |  |  |  |

\* Student zobowiązany jest przedłożyć uzupełniony harmonogram do Działu Obsługi Studentów w terminie 21 dni od dnia otrzymania zgody na Indywidulaną Organizację Studiów

\*\* Forma zajęć: W – wykład, Ć – ćwiczenia, LAB – laboratorium, L – lektorat, S – samokształcenie, SEM. – seminarium dyplomowe, ZP – zajęcia praktyczne, PZ – praktyka zawodowa

…………………………. ……………………………………………………………

Data Podpis Dyrektora Instytutu