Wrocław, dnia Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

*Imię i nazwisko*

Dyscyplina naukowa: Wybierz dyscyplinę

Numer albumu: ………

Rok kształcenia: Wybierz element.

**Dziekan Szkoły Doktorskiej**

**Prof. dr hab. inż. Krzysztof Walkowiak**

**Wniosek o**

**wyrażenie zgody na realizację kursu spoza oferty dla doktorantów Szkoły Doktorskiej**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na realizację kursu spoza oferty dla doktorantów Szkoły Doktorskiej. Kurs *nazwa, kod kursu* będzie realizowany w *miejsce realizacji kursu* w semestrze ………….. i prowadzony przez *prowadzący kurs* . Liczba godzin kursu wynosi … .

Uzasadnienie:

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

…………………………………………

(*podpis doktoranta*)

Opinia promotora:

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

…………………………………………

(*podpis promotora*)

Załączniki:

1. Karta przedmiotu .