…………*(imię i nazwisko studenta)*  Gliwice, ……………*(data)*

Wydział Chemiczny

Kierunek ……………………..*(nazwa)*

Semestr/stopień ……….

**Dziekan Wydziału Chemicznego** .[………………………………………………...…..](mailto:%20Andrzej.Jarzebski@polsl.pl)

**Podanie**

Proszę o wyrażenie zgody na uczęszczanie awansem na następujące zajęcia w semestrze ..........................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa przedmiotu | Zgoda prowadzącego przedmiot | Data |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Karta powinna być złożona w Dziekanacie przed rozpoczęciem semestru.

..........................................................

*Podpis studenta*