……………………………… ………………………………

(Imię i nazwisko) (miejsce i data)

………………………………

(Jednostka wydziałowa)

………………………………

(adres e-mail)

dr hab. n. farm. Agnieszka Ludwiczuk

Przewodnicząca Zespołu ds. programów studiów

Wydziału Farmaceutycznego

Szanowna Pani Profesor,

Zwracam się z prośbą o zatwierdzenie przez Zespół ds. programów studiów organizacji zajęć nieobjętych planem studiów dla studentów pn. ….……………………..

Załączniki:

1. Dane dot. planowanych zajęć nieobjętych planem studiów

Załącznik 1.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Temat zajęć |  | | | | | |
| Cel zajęć |  | | | | | |
| Miejsce realizacji zajęć |  | | | | | |
| Efekt(y) uczenia się zajęć |  | | | | | |
| Kierunek studiów | þ Farmacja | | | þ Analityka medyczna | | |
| þ Kosmetologia st. I st. | | | þ Kosmetologia st. II st. | | |
| Planowany semestr | þ 1. | þ 2. | þ 3. | | þ 4. | þ 5. |
| þ 6. | þ 7. | þ 8. | | þ 9. | þ 10. |
| Cykl kształcenia |  | | | | | |
| Ilość godzin zajęć |  | | | | | |
| Liczność grup, które będą realizowały zajęcia |  | | | | | |
| Nauczyciel(e) prowadzący zajęcia |  | | | | | |
| Planowany okres realizacji zajęć |  | | | | | |