Legnica, dnia …… - ……… - ………..

# Imię i nazwisko:………………..…………

# Nr albumu: ………………………………

# Kierunek : ………………..……………....

**PODANIE O REALIZACJĘ KURSÓW AWANSEM**

Wydział:………………………………….

# Specjalność: …………..…………………

# Rok studiów: ……….., semestr: …..…….

# System: Stacjonarne

# Stopień studiów: I

Dyrektor Filii

Politechniki Wrocławskiej

w Legnicy

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na realizowanie awansem w semestrze zimowym/letnim\* roku akademickiego 20…./20….niżej wymienionych kursów:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | KOD KURSU | NAZWA KURSU | PUNKTY  ECTS | KURS Z SEMESTRU |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **SUMA PUNKTÓW ECTS:** |  |  |

Oświadczam, że w semestrach dotychczas realizowanych nie uzyskałem zaliczeń z niżej wymienionych kursów (wymienić zaległe kursy od początku studiów):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | KOD KURSU | NAZWA KURSU | PUNKTY  ECTS | ZALEGŁOŚĆ  Z SEMESTRU | LICZBA  REALIZACJI  KURSU |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **SUMA PUNKTÓW ECTS:** |  |  |  |

Stwierdzam, że znane mi są postanowienia „Regulaminu Studiów”, a powyższe dane są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

……………………………………..……

Podpis Studenta

**DECYZJA DYREKTORA:**

Wyrażam zgodę na poz…………………Realizacja w miarę wolnych miejsc/Nie wyrażam zgody\*

….…………………………

Podpis Dyrektora