Wrocław, dnia …………………........

osoba do kontaktu:

…………………………………………………

# kierunek studiów: …………………………….

# rok studiów: …...., semestr: …....

# poziom studiów: I / II\*

rodzaj: stacjonarne / niestacjonarne\*

#  **Dziekan Wydziału**

**Mechanicznego**

#  **Politechniki Wrocławskiej**

**Podanie o uruchomienie kursu powtórkowego**

w semestrze ZIMA/LATO\* roku akademickiego 20…….…/20……..

prognozowana liczba uczestników: ……….

kod kursu: ………………………………… forma zajęć: …………………………………

nazwa kursu: …………………………………………………………………………………..

proponowany termin: ……………………………………….

proponowany prowadzący: ………………………………… ……………………………

 *(zgoda prowadzącego)*

 zgoda TAK/NIE\*

 *…………………………………… (podpis prodziekana)*

\*niepotrzebne skreślić