**Imię i Nazwisko**: ………………………………

**Wydział Chemii i Farmacji UO**

kierunek studiów: ………………………………

rok studiów/stopień studiów: …………………..

nr albumu: ………………………………………

**Terminy i sposób realizacji zajęć wynikających z harmonogramu studiów**

przy przyznanym IOS (Indywidualna Organizacja Studiów)

przez Dziekana Wydziału Chemii i Farmacji

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot** | **Osoba prowadząca przedmiot (imię i nazwisko)** | **Sposób realizacji****zajęć** | **Termin****zaliczenia****zajęć** | **Podpis****osoby prowadzącej** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |