**Wniosek o zmniejszenie liczebności grup studenckich w roku akademickim …………………………………..**

**Wydział………………………………………..**

**Kierunek……………………………………….**

**Rok……………………………………………….**

**Forma studiów………………………………**

|  |
| --- |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |

**Liczba studentów przed zmianą**

**Liczba grup przed zmianą liczebności grup**

**Liczba grup po zmianie liczebności grup**

**Liczba godzin dydaktycznych (podstawowa ilość grup przed zmianą)**

**Liczba godzin dydaktycznych po zmianie liczebności grup**

**PRZEDMIOT**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp** | **Rodzaj zajęć** | **Przedmiot nazwa** | **semestr zimowy** | **semestr letni** | **Razem godziny rok akademicki**  |
| seminaria\* | ćwiczenia audytoryjne\* | ćwiczenia kierunkowe- niekliniczne\* | ćwiczenia w warunkach symulowanych\* | ćwiczenia laboratoryjne\* | ćwiczenia kliniczne\* | zajęcia praktyczne przy pacjencie\* | lektoraty\* | **ogólna liczba godzin dydaktycznych** | seminaria\* | ćwiczenia audytoryjne\* | ćwiczenia kierunkowe- niekliniczne\* | ćwiczenia w warunkach symulowanych\* | ćwiczenia laboratoryjne\* | ćwiczenia kliniczne\* | zajęcia praktyczne przy pacjencie\* | lektoraty\* | **ogólna liczba godzin dydaktycznych** |  |
| 1. |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **0** |   |   |   |   |   |   |   |   | **0** | **0** |

**\***liczba godzin wg planu studiów

**UZASADNIENIE:**

**……………………………………………………… ………………………………………………………………. ……………………………………………………………..**

Data, pieczęć i podpis sporządzającego Data, pieczęć i podpis Kierownika Jednostki Data, pieczęć i podpis Dziekana Wydziału,
 w strukturze którego ujęta jest jednostka

**OPINIA DZIEKANA:**

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………

 Data, pieczęć i podpis Dziekana Wydziału
 zlecającego zajęcia

**OPINIA KIEROWNIKA DZIAŁU KSZTAŁCENIA:**

**……………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………**

 **………………………………………………………………**

Data, pieczęć i podpis Kierownika Działu Kształcenia

**DECYZJA PROREKTORA DS. DYDAKTYKI**

**……………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………**

 **……………………………………………………………….**

Data, pieczęć i podpis Prorektora ds. Dydaktyki