**PODANIE O WYKONANIE ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH NA UCP**

**Warszawa, dn. ……………**

Rodzaj studiów: **Stacjonarne / Niestacjonarne (zaoczne)** \*

Kierunek: ……………………………………………………………………………

Specjalność: ……………………………………………………………………………

Nazwisko imię ……………….………………………………..………………………….

**dr inż. Ireneusz Krakowiak**

**z-ca Dyrektora IPiMR ds. dydaktycznych**

**Wydz. SiMR PW**

**w miejscu**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na wykonanie zajęć dydaktycznych na UCP Pana/i (\*)

………………………………………..………

Uzasadnienie:

……………...…………………………………………………………………………………..…………….

…………………………………………………………………………………………………..……………

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

…………………… …………………………….……. ………………………………….

Podpis prowadzącego Podpis Kierownika Kierunku/specjalności Podpis Kierownika Zakładu

…………………………….…………

Podpis z-cy Dyrektora IPBM ds. dydaktycznych

Decyzja:

**zgoda / brak zgody \***

…………………………………………………..

Podpis z-cy Dyrektora IPiMR ds. dydaktycznych