|  |  |
| --- | --- |
| logo_sp_1 | **WNIOSEK****O WYRAŻENIE ZGODY NA PRZEPISANIE OCENY Z PRZEDMIOTU****…………………………………………………………****Nauczyciel (imię i nazwisko) …………………………****………………………………………………………….** |

Zielona Góra dnia………………………

Dane słuchacza/ki ubiegającego się o przepisanie oceny

…………………………………………………………..

Imię i nazwisko

………………………………………………………….

Kierunek

…………

Rok

 mgr Jarosław Marcinkowski

 Dyrektor Medycznego Studium

 Zawodowego

 w Zielonej Górze

 Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na przepisanie oceny z w/w przedmiotu w semestrze ………………. Roku szkolnego …………………

**uzasadnienie**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W załączeniu:…………………………………………………………………………………

 …………………………

 Podpis słuchacza/ki

**Opinia nauczyciela przedmiotu**

…………………………………………………………………………………………………

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

Propozycja oceny do przepisania…………………………………………

 Podpis nauczyciela……………..

**DECYZJA DYREKTORA MSZ**

**Zwalniam Panią/Pana**

**w okresie ………………………………….**

**z planowych zajęć z przedmiotu …………………………….**

**bez konieczności poddawania się ocenie z osiągnięć**

**podstawą wystawienia oceny za semestr będzie ocena**

**…………………………………………………………..**