|  |  |
| --- | --- |
| 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**

**…………………………………………………………..**