Załącznik nr 1

**Wniosek studenta o zmianę formy egzaminu dyplomowego zdalnego na stacjonarną**

Wrocław, dnia: …………………………

Imię i nazwisko studenta/studentki:

………………………………………………………

Nr albumu: ……………………………………

Kierunek studiów: ……………………………

Studia I stopnia

Studia II stopnia

Imię i nazwisko promotora: …………………………………………………………………

Prodziekan ds. kształcenia

Wydziału Nauk Społecznych

dr hab. Jacek Zieliński

**Wniosek o zmianę formy egzaminu zdalnego na stacjonarną**

Zwracam się z prośbą o zgodę na egzamin dyplomowy:

…………………………………………………………………………………………………

(licencjacki, magisterski)

w formie stacjonarnej z powodu: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………

Podpis studenta/studentki

Decyzja właściwego dla danego kierunku studiów Dyrektora/Kierownika Instytutu/Katedry, po zapoznaniu się z opinią promotora i członków Komisji Egzaminacyjnej, w oparciu o możliwości przygotowania warunków bezpieczeństwa osób biorących udział w egzaminie dyplomowym.

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

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

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

Miejsce i termin (dzień i godzina) egzaminu dyplomowego:…………………………………...

Podpisy członków Komisji Egzaminacyjnej:

1. **Przewodniczący**:

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

2. **Promotor**:

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

3. **Recenzent**:

…………………………………………………………………………………………………

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

Decyzja Prodziekana ds. kształcenia WNS

Załącznik nr 2

**Wniosek studenta o zmianę formy zaliczenia zdalnego na stacjonarną**

Wrocław, dnia …………………………

Imię i nazwisko studenta/studentki:

………………………………………………………

Nr albumu: ……………………………………

Kierunek studiów: ……………………………

Studia I stopnia

Studia II stopnia

Imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia: ……………………………………………………

Prodziekan ds. kształcenia

Wydziału Nauk Społecznych

dr hab. Jacek Zieliński

**Wniosek o zmianę formy zaliczenia zdalnego na stacjonarną**

Zwracam się z prośbą o zgodę za zaliczanie przedmiotu:

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

(nazwa przedmiotu)

w formie stacjonarnej z powodu: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………

Podpis studenta/studentki

Decyzja Dyrektora/Kierownika Instytutu/Katedry, w którym/ej zajęcia są prowadzone, po zapoznaniu się z opinią wykładowcy, w oparciu o możliwości przygotowania warunków bezpieczeństwa osób biorących udział w procedurze zaliczania.

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

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

Miejsce i termin (dzień i godzina) zaliczenia przedmiotu: ……………………………………

………………………………………………………

(Podpis osoby prowadzącej zajęcia i przeprowadzającej zaliczenie przedmiotu)

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

Decyzja Prodziekana ds. kształcenia WNS

Załącznik nr 3

**Wniosek studenta o zmianę formy egzaminu zdalnego na stacjonarną**

Wrocław, dnia …………………………

Imię i nazwisko studenta/studentki:

………………………………………………………

Nr albumu: ……………………………………

Kierunek studiów: ……………………………

Studia I stopnia

Studia II stopnia

Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej egzamin:

……………………………………………………

Prodziekan ds. kształcenia

Wydziału Nauk Społecznych

dr hab. Jacek Zieliński

**Wniosek o zmianę formy egzaminu zdalnego na stacjonarną**

Zwracam się z prośbą o zgodę na egzamin z przedmiotu:

…………………………………………………………………………………………………

(nazwa przedmiotu)

w formie stacjonarnej z powodu: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………

Podpis studenta/studentki

Decyzja Dyrektora/Kierownika Instytutu/Katedry, w którym zajęcia są prowadzone, po zapoznaniu się z opinią wykładowcy, w oparciu o możliwości przygotowania warunków bezpieczeństwa osób biorących udział w egzaminie.

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

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

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

Miejsce i termin (dzień i godzina) zaliczenia przedmiotu: ……………………………………

………………………………………………………

Podpis osoby przeprowadzającej egzamin:

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

Decyzja Prodziekana ds. kształcenia WNS

Załącznik nr 4

**Oświadczenie o stanie zdrowia i kwarantannie**

Wrocław, dnia: …………………………

Imię i nazwisko studenta/studentki:

………………………………………………………

Nr albumu: ……………………………………

Kierunek studiów: ……………………………

Studia I stopnia

Studia II stopnia

**Oświadczenie**

Zgodnie z rekomendacją Głównego Inspektora Sanitarnego w trosce o bezpieczeństwo studentów i pracowników Uniwersytetu Wrocławskiego, oświadczam, że:

1. W ciągu ostatnich dwóch tygodni nie przebywałem/łam za granicą.
2. W ciągu ostatnich dwóch tygodni nie miałem/łam kontaktu z osobą, która przebywała za granicą.
3. Nie jestem objęty/a nadzorem epidemiologicznym i nikt z moich domowników nie jest objęty kwarantanną.
4. Nie mam obecnie objawów infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, inne nietypowe objawy).
5. W ostatnich dwóch tygodniach powyższe objawy infekcji nie występowały u moich domowników.

……………………………………………………………

Podpis studenta/studentki

………………………………………………………

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie