Kraków, dnia ………………………….

……………………………………………………………

Imię i nazwisko

…………………

Nr albumu

……………………………………………………………

Kierunek, tryb i forma studiów, semestr

…………………………………………………………………………………………….

Adres korespondencyjny

**Do Dyrektora Instytutu ………………………**

**Kolegium …………………………………………**

**Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie**

Na podstawie § 10 (z wyłączeniem ust. 7) Regulaminu Studiów Wyższych w Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie, zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na **indywidualny tryb odbywania zajęć[[1]](#footnote-1)** w semestrze …… r. ak. ……………….. z powodu:

[ ] niepełnosprawności,

[ ] przewlekłej choroby, uniemożliwiającej systematyczne uczestnictwo w zajęciach,

[ ] sprawowania opieki nad obłożnie chorym członkiem najbliższej rodziny,

[ ] zakwalifikowania na wyjazd stypendialny i praktyki zagraniczne w procedurach wewnątrzuczelnianych,

[ ] w przypadku których wystąpiły inne ważne przyczyny:

[ ] ciąża,

[ ] bycia rodzicem

[ ] inne …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jednocześnie oświadczam, iż mam ukończony I semestr[[2]](#footnote-2) i obecnie jestem wpisany na ………………. sem. studiów.

Z poważaniem

……………………………………..……………………….

**Załączniki**:

1. orzeczenie o niepełnosprawności, wydanym przez uprawniony w tym zakresie organ,
2. zaświadczenie lekarskie,
3. zaświadczenie lekarskie stwierdzające chorobę członka najbliższej rodziny studenta oraz oświadczeniem studenta o sprawowaniu bezpośredniej opieki nad członkiem najbliższej rodziny i o stopniu pokrewieństwa,
4. dokument wydany przez właściwą jednostkę, organ lub pracownika Uniwersytetu, potwierdzającym zakwalifikowanie na wyjazdy stypendialne lub praktyki zagraniczne w procedurach wewnątrzuczelnianych Uniwersytetu,
5. dokumenty, które potwierdzają okoliczności, w związku z którymi student ubiega się o ITZ.

Studiowanie według **indywidualnego trybu odbywania zajęć**

Dotyczy wniosku: …………………………………………….. (imię i nazwisko studenta)

z dnia: …………………………………..

**Informacje pracownika Dziekanatu:**

* **Data wpływu** wniosku do dziekanatu: …………………….. **TERMINOWO / PO TERMINIE / NIE DOTYCZY**
* **Student zaliczył pierwszy semestr studiów TAK / NIE**
* Inne:……………………………………………………………………………………………………………………..………………………………

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

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

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

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

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

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

(data) (podpis i pieczątka pracownika Dziekanatu)

**DECYZJA DYREKTORA INSTYTUTU**

Zgodnie z § 10 (z wyłączeniem ust. 7) Regulaminu Studiów Wyższych w Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie

* **WYRAŻAM ZGODĘ** na studiowanie według indywidualnego trybu odbywania zajęć
* **NIE WYRAŻAM ZGODY** na studiowanie według indywidualnego trybu odbywania zajęć **–** uzasadnienie: ……………………..……………..……………………………………………………………………………….........................……………..
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

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

(data) (podpis i pieczątka Dyrektora Instytutu)

……………………………………………………….

*Imię i nazwisko*

…………...... …..……………..………………………………….…

*Nr albumu Forma, kierunek studiów i semestr*

*Instytut …………………………………………………………………………………..*



……………………………………..……………

*Pieczątka Dziekanatu*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INDYWIDUALNY TRYB ODBYWANIA ZAJĘĆ[[3]](#footnote-3)**

**w semestrze letnim/zimowym**

W ROKU AKADEMICKIM 20……/20……

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT** | **Prowadzący zajęcia** | **Termin uzgodniony z prowadzącym zajęcia** | **Podpis prowadzącego zajęcia** |
| **Zaliczenia** | **Egzaminu** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |

**Akceptuję proponowany terminarz zaliczeń**

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

(data) (podpis i pieczątka Dyrektora Instytutu)

1. wniosek o ITZ student składa do Dyrektora instytutu w terminie do dwóch tygodni od rozpoczęcia semestru lub niezwłocznie po wystąpieniu powodu stanowiącego podstawę do uzyskania ITZ [↑](#footnote-ref-1)
2. Nie dotyczy studentek w ciąży, studenta będącego rodzicem, studenta z niepełnosprawnością oraz studentów, powołujących się na szczególnie ważne przypadki [↑](#footnote-ref-2)
3. Po uzyskaniu zgody na ITZ od Dyrektora instytutu student zobowiązany jest w ciągu dwóch tygodni dostarczyć mu do akceptacji uzgodniony z prowadzącymi zajęcia terminarz zaliczeń. Akceptację przedmiotów, które rozpoczynają się później niż dwa tygodnie od rozpoczęcia danego semestru student uzupełnia do dwóch tygodni od pierwszych zajęć z tych przedmiotów [↑](#footnote-ref-3)