STUDIA PIERWSZEGO/DRUGIEGO* STOPNIA

Imię i nazwisko ……..

Nr albumu …….

Wydział ……

Specjalność …….

Uwaga! Na podstawie tej karty Dziekan dokona zaliczenia seminarium specjalistycznego

* niepotrzebne skreślić

POTWIERDZENIE UDZIAŁU W SEMINARIUM SPECJALISTYCZNYM (ZAKRES SEMINARIUM OKREŚLA DZIEKAN WYDZIAŁU)

Lp	***Data***	***Nazwa***	***Prowadzący***	***Podpis***