

WNIOSEK
O KONSULTACJE Z PEDAGOGIEM

Imię i nazwisko:.....

Wydział

Kierunek/specjalność.....

Rok studiów

Numer albumu

email obowiązujący w Akademii:

Tel.:

Proszę o konsultacje z pedagogiem
Akademii Muzycznej im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w dniu: _____ w godz.
_____ na potrzeby: _____

_____.

.....
data i podpis

Oświadczam, iż:

1. nie jestem chory/a na COVID – 19
2. nie jestem objęty/ta kwarantanną w związku z COVID – 19
3. nie miałem/am kontaktu z osobą chorą lub objętą kwarantanną w związku z COVID – 19 w ostatnich 14 dniach

.....
data i podpis

Opinia i podpis Pedagoga

.....

Zgoda Rektora.....