**WNIOSEK**

o wyrażenie zgody na prowadzenie zajęć z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskodawca:**(imię i nazwisko nauczyciela akademickiego) |  |
| **Wydział:**(miejsce zatrudnienia) |  |
| **Inny wydział zlecający zajęcia:**(wypełnić, gdy nie jest on wydziałem macierzystym) |  |
| **Nazwa modułu/ przedmiotu** |  |
| **Kierunek studiów** |  |
| **Poziom kształcenia** | pierwszy / drugi stopień / jednolite magisterskie\* |
| **Rok studiów** |  | **Rok akademicki** |  | **Semestr** |  |
| **Liczba godzin przewidziana do realizacji w systemie kształcenia na odległość**  | **Wykład** | **Inne** |
|  |  |
| **Wniosek o przelicznik inny niż 1:1** | TAK/NIE\* | **Czy zaliczono szkolenie kształcenia na odległość** | TAK/NIE\* |
| **Zgoda Kierownika Katedry** | wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* | Pieczęć, podpis |
| **Zgoda Dziekana Wydziału** | wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* | Pieczęć, podpis |
| **Przelicznik do pensum** (wypełnia Dziekan Wydziału na wniosek Prowadzącego – pkt.11) |  | Pieczęć, podpis |
| **Uwagi** |  |

\* niepotrzebne skreślić