



Imię i nazwisko: .....

Rok studiów: .....

Kierunek studiów: .....

Nr albumu: .....

Stacjonarne/Niestacjonarne\*

# IOS

**Szanowny Pan**

**Prodzikan ds. kształcenia i studentów Szkoły**

**Filmowej im. K. Kieślowskiego**

**prof. dr hab. Kazimierz Wolny-Zmorzyński**

Zgodnie z § 15 Regulaminu studiów w Uniwersytecie Śląskim z dnia 27 kwietnia 2021 r. (z późniejszymi zmianami) zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na **indywidualną organizację studiów (IOS)** w semestrze ..... w roku akademickim.....

Prośbę swoją motywuję:

.....  
.....  
.....

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojego wniosku.

.....  
podpis

Załączniki\*\*:

tabela z wykazem form zaliczenia przedmiotów uzgodnionych z prowadzącymi (obowiązkowo).

.....

.....

**Decyzja:** działając na podstawie § 15 Regulaminu Studiów w Uniwersytecie Śląskim z dnia 27 kwietnia 2021r. wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przyznanie indywidualnej organizacji studiów.

.....  
Dziekan/Prodzikan ds. Kształcenia i Studentów

\*niepotrzebne skreślić

Uniwersytet Śląski w Katowicach  
Szkoła Filmowa im. Krzysztofa Kieślowskiego  
ul. św. Pawła 3, 40-008 Katowice  
tel. 32 359 24 11, e-mail: sf@us.edu.pl





Imię i nazwisko: .....

Rok studiów: .....

Kierunek studiów: .....

Nr albumu: .....

Stacjonarne/Niestacjonarne\*

<b>ZAJĘCIA</b>	<b>IMIĘ I NAZWISKO OSOBY PROWADZĄCEJ</b>	<b>TRYB I WARUNKI ZALICZENIA</b>	<b>TERMIN ZALICZENIA</b>	<b>OPINIA i PODPIS OSOBY PROWADZĄCEJ</b>

\*niepotrzebne skreślić

Uniwersytet Śląski w Katowicach  
Szkoła Filmowa im. Krzysztofa Kieślowskiego  
uL. św. Pawła 3, 40-008 Katowice  
tel. 32 359 24 11, e-mail: sf@us.edu.pl





Imię i nazwisko: .....

Rok studiów: .....

Kierunek studiów: .....

Nr albumu: .....

Stacjonarne/Niestacjonarne\*

<b>ZAJĘCIA</b>	<b>IMIĘ I NAZWISKO OSOBY PROWADZĄCEJ</b>	<b>TRYB I WARUNKI ZALICZENIA</b>	<b>TERMIN ZALICZENIA</b>	<b>OPINIA i PODPIS OSOBY PROWADZĄCEJ</b>

\*niepotrzebne skreślić

