Kraków, dnia

Imię i nazwisko doktoranta:

Imię i nazwisko promotora:

***Kierownik programu Chemia***

***Szkoła Doktorska Nauk Ścisłych i Przyrodniczych***

***Prof. dr hab. Barbara Gil***

*Dotyczy zaliczenia ponadwymiarowych godzin dydaktycznych*

Proszę o zaliczenie (podać liczbę) godzin, wykonanych w ramach obowiązkowych praktyk dydaktycznych na Wydziale Chemii na kursie (tu podać nazwę kursu i jego kod) w roku akademickim … na rok akademicki ….

*.................................*

*podpis doktoranta*

Potwierdzam wykonanie przez Doktorantkę/Doktoranta ponadwymiarowych godzin dydaktycznych. Wyrażam zgodę na ich przeniesienie na kolejny rok akademicki.

*......................................*

*podpis promotora*