

Katowice,

Wydział

Studia I stopnia / studia II stopnia *

Forma studiów: stacjonarne / niestacjonarne *

Kierunek

Specjalność

Nr albumu

Student

(imię i nazwisko)

z klasy

prowadzony przez

Z G Ł O S Z E N I E

pracy artystycznej

.....
(wpisać zgodnie z programem studiów np. *wykonanie recitalu*)

data godzina sala

Program

.....

.....

.....

.....
(uwaga studenci: powyższy program proszę wysłać e-mailowo na adres właściwego dziekanatu
w pliku możliwym do edycji)

Współwykonawcy:

.....

.....
(podpis studenta)

.....
Akceptuję (podpis opiekuna)

.....
Akceptuję (podpis kierownika katedry / dyrektora instytutu)

* niepotrzebne skreślić