

Kraków, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko)

Wydział Aktorski  
Kierunek: aktorstwo  
Rok studiów:  
Semestr:  
Nr albumu:.....  
Forma: stacjonarna  
Studia jednolite magisterskie

dr Juliusz Chrzóstowski  
Dziekan Wydziału Aktorskiego  
Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA ZALICZENIE ROLI DYPLOMOWEJ POZA UCZELNIĄ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację oraz zaliczenie roli dyplomowej poza macierzystą Uczelnią, tj. w:

.....  
.....  
(nazwa instytucji)

w ramach spektaklu pt.:  
w reżyserii:  
uzasadnienie:

.....  
(podpis studenta)

Załączniki:  
1. Harmonogram przedstawień  
2. ....

Decyzja Dziekana:  
Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na realizację oraz zaliczenie roli poza Uczelnią:

.....

Uzasadnienie decyzji odmownej:.....

.....

Termin Egzaminu dyplomowego wyznaczam na dzień:.....

Kraków, dnia ..... Podpis i pieczęć Dziekana: .....

Pouczenie:

1. Od niniejszej decyzji służy odwołanie do Rektora Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie za pośrednictwem Dziekana właściwego Wydziału w terminie 14 dni od otrzymania decyzji.

Potwierdzam odbiór decyzji: .....  
(data i podpis studenta)