

Kraków, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

WYDZIAŁ AKTORSKI

Kierunek: *aktorstwo*

Rok studiów: .....

Semestr: .....

Nr albumu: .....

Dziekan Wydziału Aktorskiego  
Uniwersytetu Andrzeja Frycza  
Modrzewskiego w Krakowie  
Dr Juliusz Chrząstowski

### WNIOSEK O ZGODĘ NA ODBYCIE ASYSTENTURY NA ZAJĘCIACH

Zwracam się z prośbą o możliwość odbycia asystentury na zajęciach z:

.....

u prowadzącego: .....

w semestrze ..... roku akademickiego .....

.....

podpis studenta

#### Opinia wykładowcy:

.....

.....

.....

.....

Kraków, dnia

.....  
podpis Wykładowcy

#### Decyzja Dziekana:

\* Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (\* *niepotrzebne skreślić*) na odbycie asystentury

.....

.....

Uzasadnienie decyzji odmownej: .....

.....

.....

.....

.....

Kraków, dnia

.....  
podpis i pieczęć Dziekana