Data ……………………………….

**PROŚBA O WYRAŻENIE ZGODY NA ZMIANĘ FORMY EGZAMINU/ZALICZENIA ZE STACJONARNEJ NA ZDALNĄ – kierunki kształcenia WNoZ CM UMK**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kierunek kształcenia** | STUDIA DOKTORANCKIE |
| **Rok studiów** |  |
| **Tryb** |  |
| **Nazwa przedmiotu** |  |
| **Jednostka oferująca przedmiot** |  |
| **Koordynator przedmiotu** |  |
| Forma egzaminu/zaliczenia zdalnego(test, projekt, Itp.) |  |
| Wykorzystywane narzędzie (Moodle, Teams, itp.) |  |
| Osoba odpowiedzialna za przeprowadzenie zaliczenia/egzaminu |  |
| Osoba odpowiedzialna za archiwizację materiałów z zaliczenia/egzaminu |  |
| Termin zaliczenia/egzaminu |  |
| Czy efekty uczenia zostały zrealizowane? | Wiedza |  |
| Umiejętności |  |
| Kompetencje społeczne |  |
| Czy zmiany zostały wprowadzone do sylabusa? |  |
| Czy studenci/doktoranci zostali powiadomieni? |  |
| Czy wszyscy studenci/doktoranci mają możliwość realizacji zdalnej formy zaliczenia/egzaminu? |  |

Decyzja prodziekana ds. kształcenia /studentów ……………………………………………………………………