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 ……………………………………………………………………