

Imię i nazwisko prowadzącego zajęcia:

Wydział:

Katedra/Zakład:

Kontakt (e-mail/telefon):

**Wniosek o realizację zajęć na studiach
z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość
w roku akademickim:**

1. Kierunek studiów:
2. Nazwa zajęć:
3. Kod w USOS:
4. Forma zajęć:
5. Liczba godzin zajęć w programie studiów:
6. Liczba godzin zajęć z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość:
w formie synchronicznej:
w formie asynchronicznej:
7. Liczba punktów ECTS przypisana do zajęć w programie studiów:
8. Liczba punktów ECTS przypisana do zajęć z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość:
w formie synchronicznej:
w formie asynchronicznej:
9. Poziom studiów:
10. Rok studiów:
11. Forma studiów:
12. Metody weryfikacji efektów uczenia się zajęć realizowanych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość:

Imię i nazwisko prowadzącego zajęcia:

Wydział:

Katedra/Zakład:

Kontakt (e-mail/telefon):

**Wniosek o realizację zajęć
na studiach podyplomowych/na kursie doszkalającym
z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość
w roku akademickim:**

1. Nazwa studiów podyplomowych/kursu doszkalającego:
2. Nazwa zajęć:
3. Kod w USOS:
4. Liczba godzin zajęć w programie studiów podyplomowych/kursu doszkalającego:
5. Liczba godzin zajęć z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość:
6. Liczba punktów ECTS przypisana do zajęć w programie studiów podyplomowych/kursu doszkalającego:
7. Liczba punktów ECTS przypisana do zajęć z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość:
8. Metody weryfikacji efektów uczenia się zajęć realizowanych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość: