

Wrocław, dnia

.....
(stopień, tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(numer telefonu, adres e-mail)

**Przewodniczący Rady Dyscypliny
Nauki o Zarządzaniu i Jakości
MWSLiT we Wrocławiu**

**WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE WERYFIKACJI UZYSKANIA EFEKTÓW
UCZENIA SIĘ NA POZIOMIE 8 PRK**

Zwracam się z prośbą o przeprowadzenie weryfikacji uzyskania przeze mnie efektów uczenia się na poziomie 8 PRK.

.....
(Podpis kandydata)