…………………………………………………………………. załącznik nr 1

nazwa jednostki koordynującej przedmiot

…………………………………………….………………………

dane koordynatora przedmiotu lub egzaminu

*Sz. Pan/Pani*

………………………………………………………..……..

Dziekan Wydziału ………………………….…..….

Zwracam się z uprzejmą prośbą o akceptację założonych parametrów egzaminacyjnych egzaminu testowego, który będzie odbywał się w sali egzaminacyjnej CITK.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Katedra |  | |
| Nazwa przedmiotu |  | |
| Kierunek studiów |  | |
| Rok studiów |  | |
| Przewidywana liczba studentów |  | |
| Termin zaliczenia i godzina rozpoczęcia testu |  | |
| Całkowita liczba pytań i zadań egzaminacyjnych |  | |
| Całkowity czas trwania egzaminu ( w minutach) |  | |
| **Rodzaje pytań** | Liczba pytań | Czas odpowiedzi na pojedyncze pytanie |
| *jednokrotnego wyboru* |  |  |
| *wielokrotnego wyboru* |  |  |
| *pytania złożone (puzzle, tabele itd.)* |  |  |
| *Inne zadania* |  | |
| Próg zaliczenia (w %) |  | |
| forma zaliczenia: egzamin, egzamin poprawkowy |  | |
| **Osoba do kontaktu, z którą koordynator CITK ustali szczegóły testu:** |  | |
| imię i nazwisko |  | |
| e-mail |  | |
| telefon |  | |
| Uwagi: (np. osoby ze specjalnymi warunkami testu, słabowidzące itd.) |  | |

……………………………………………………………..

podpis koordynatora przedmiotu lub egzaminu

Opinia Dziekana ………………………..……………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………….

Podpis Dziekana