

ბრძანების პროექტი

ფაკულტეტი

საბაკალავრო/სამაგისტრო/სადოქტოროსაგანმანათლებლო პროგრამა „\_\_\_\_\_“

N	პირად ნომერი	სახელი	გვარი	სასწავლებელ საიდნაც გადიოდას	სწავლების		ჯგუფი	სტუ-ის მიერ ალარბულ კრედიტების რ-ბა
					წელი	სემესტრი		

ფაკულტეტის დეკანი:

\_\_\_\_\_ ხელმოწერა

ფაკულტეტის ხარისხის უზრუნველყოფის სამსახურის უფროსი:

\_\_\_\_\_ ხელმოწერა

ბ.ა.