

ბრძანების პროექტი

ფაკულტეტი

საბაკალავრო/სამაგისტრო საგანმანათლებლო პროგრამა „_____“

N	პირადი ნომ.	სახელი	გვარი	სასწავლებელი საიდანაც გადმოდის	სწავლების წელი	ჯგუფი	სტუ-ის მიერ ადიარებული კრედიტების რა-ბა

ფაკულტეტის დეკანი:

_____ ხელმოწერა

ფაკულტეტის ხარისხის უზრუნველყოფის

სამსახურის უფროსი:

_____ ხელმოწერა

ბ.ა.