

ბრძანების პროექტი

ფაკულტეტი

საბაკალავრო/სამაგისტრო/სადოქტორო საგანმანათლებლო პროგრამა „_____“

N	პირადი ნომერი	სახელი	გვარი	სასწავლებელი საიდანაც გადმოდის	სწავლების		ჯგუფი	სტუ-ის მიერ ალიარებული კრედიტების რა-ბა
					წელი	სემესტრი		

ფაკულტეტის დეკანი:

_____ ხელმოწერა

ფაკულტეტის ხარისხის უზრუნველყოფის სამსახურის უფროსი:

_____ ხელმოწერა

ბ.ა.