

ЗАТВЕРДЖУЮ

Керівник
навчального структурного підрозділу

_____ (назва)

_____ (підпис)

_____ (Ім'я та ПРІЗВИЩЕ)

« ____ » _____ 20 ____ р..

**План
індивідуального вивчення навчальної дисципліни (освітнього компоненту)**

_____ (назва навчальної (навчальних) дисципліни (дисциплін) (освітніх компонентів))

Кафедра _____ (назва кафедри)

Науково-педагогічний (педагогічний) працівник _____ (посада, науковий ступінь, вчене звання, ім'я та прізвище)

Здобувач вищої освіти _____ (прізвище, ім'я, по батькові)

Курс _____, група _____, рівень вищої освіти _____ (перший (бакалаврський/другий (магістерський))

спеціальність _____ (код і назва), освітня програма _____ (назва)

№ з/п	Тема згідно з робочою програмою навчальної дисципліни, що підлягає вивченню/відпрацюванню	Зміст та форма завдання	Термін проведення індивідуальних навчальних занять / індивідуальної роботи / консультацій*	Календарні терміни поточного контролю	Оцінка за національною шкалою	Оцінка за шкалою ECTS	Підпис науково-педагогічного (педагогічного) працівника

* Розписується по академічних годинах згідно з робочою програмою навчальної дисципліни

Термін складання семестрового контролю _____

Здобувач вищої освіти _____ (підпис)

_____ (ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

Науково-педагогічний (педагогічний) працівник _____ (підпис)

_____ (ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

« ____ » _____ 20 ____ р..

Керівник кафедри _____ (підпис)

_____ (ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

« ____ » _____ 20 ____ р..