

ბრძანების პროექტი

ფაკულტეტი

საბაკალავრო/სამაგისტრო/სადოქტორო საგანმანათლებლო პროგრამა

„_____“

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

ფაკულტეტის დეკანი:

ხელმოწერა

ფაკულტეტის ხარისხის უზრუნველყოფის

სამსახურის უფროსი:

ხელმოწერა

ბ.ა.