

.....  
Data wpływu wniosku

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....  
Nr albumu

.....  
Rok studiów, semestr, kierunek, poziom\* i forma\*\* studiów,

.....  
Adres korespondencyjny

.....  
Nr tel. oraz adres e-mail

**Dziekan Filii w Wałbrzychu  
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu  
Prof. dr hab. Beata Sobieszcańska**

**WNIOSEK  
o wyrażenie zgody na wpis warunkowy**

Proszę o wyrażenie zgody na wpis warunkowy na semestr ..... w roku akademickim 20..... /20.....  
z tytułu\*\*\*:

- niezaliczenia nie więcej niż 2 przedmiotów, z wyłączeniem różnic programowych wynikających z mobilności studentów, o której mowa w § 55 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, albo
- uzupełniania różnic programowych.

**Uzasadnienie:**

.....  
.....

\_\_\_\_\_  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**Wykaz przedmiotów do zaliczenia wraz z punktami ECTS:**

.....  
.....

\_\_\_\_\_  
(data, pieczęć i podpis pracownika Dziekanatu)

**Rozstrzygnięcie Dziekana w sprawie:**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*\*\* na wpis warunkowy na ..... semestr studiów, w roku akademickim 20 ..... / 20 .....

Warunkiem niezbędnym do zaliczenia studiów na semestrze ....., w roku akademickim 20 ..... / 20 .....  
jest zaliczenie ww. przedmiotów w terminie do .....

\_\_\_\_\_  
(data, pieczęć i podpis Dziekana)

.....  
\*poziom studiów: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie

\*\* forma studiów: stacjonarne, niestacjonarne

\*\*\* niewłaściwe skreślić