

.....
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 powtarzanie semestru/roku*****

Proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie semestru/roku*** studiów w roku akademickim
20..... / 20.....

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 powtarzanie semestru/roku*** studiów
w roku akademickim 20 / 20

Warunkiem niezbędnym do zaliczenia studiów na semestrze/roku*** 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