|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………  (imię i nazwisko) | Kielce ……………… 20……… |
| ………………………………………………  (wydział) |
| ………………………………………………  (kierunek studiów, rok, poziom, forma) |
| ………………………………………………  (nr albumu) |
| ………………………………………………  (kontakt: nr telefony, e-mail) |

Dziekan

Wydziału …………………………………

…………………………………………….

(imię i nazwisko)

WNIOSEK

o wyrażenie zgody o skierowanie na powtarzanie semestru/roku studiów\*

Uprzejmie proszę o skierowanie mnie na powtarzanie semestru ……/roku studiów\* w roku akademickim 20…/20… z powodu niezaliczenia następujących przedmiotów:

Z poważaniem

(podpis studenta)

\* niewłaściwe skreślić **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

OPINIA KIEROWNIKA JEDNOSTKI PROWADZĄCEJ DANY KIERUNEK STUDIÓW

(data i podpis kierownika jednostki

prowadzącej dany kierunek studiów)