

Wrocław, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

Wydział

Nr indeksu

Kierunek studiów

Specjalność

Telefon kontaktowy

Rok studiów Semestr

Poziom studiów

**Potwierdzenie złożenia wniosku
w Dziekanacie
SC-W-8**

**Dziekan Wydziału
Akademii Wojsk Lądowych
imienia generała Tadeusza Kościuszki**

W N I O S E K

w sprawie: zezwolenia na powtarzanie semestru studiów

Zwracam się z wnioskiem o **wyrażenie zgody na powtarzanie semestru**

w roku akademickim /.....

Proszę swą brakiem zaliczenia następujących przedmiotów/przekroczeniem deficytu punktów ECTS*:

1)

2)

3)

z powodu

.....

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojego wniosku.

.....
(czytelny podpis studenta)

Opinia Dziekana

Wyrażam/nie wyrażam zgodę (y)* na powtarzanie semestru

w roku akademickim/.....

Proszę o przygotowanie rozstrzygnięcia **pozytywnego/negatywnego.***

.....
(data)

.....
(podpis Dziekana)

* niepotrzebne skreślić