Imię i nazwisko studenta Miejscowość i data

Kierunek/specjalność studiów

Nr albumu, rok i tryb studiów

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

 Dziekan Wydziału Studiów Stosowanych

Dotyczy: **powtarzania semestru**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na powtórzenie …… semestru studiów.

Uzasadnienie:

 Z poważaniem

 podpis

|  |
| --- |
| Decyzja Dziekana: |