

.....
(imię i nazwisko)
.....
(rok i kierunek studiów)
.....
(forma i stopień studiów)
.....
(adres e-mail)
.....
(telefon kontaktowy)
.....
(numer albumu)

.....

(miejsowość, data)

Sz. P.

Dyrektor/Z-ca Dyrektora Instytutu

.....

Uniwersytetu Pedagogicznego

im. Komisji Edukacji Narodowej

w Krakowie

POWTARZANIE ROKU/SEMESTRU

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na
w roku akademickim

.....
.....

Prośbę swą motywuję tym, że

.....
.....

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....
(czytelny podpis studenta)

Decyzja Dyrektora/Z-ca Dyrektora Instytutu w sprawie powtarzania roku/semestru:

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody, ponieważ

Zapraszam Panią/Pana w czasie mojego dyżuru na rozmowę w tej sprawie.

Data: Podpis:

Uwagi: