

POWTARZANIE SEMESTRU

WZÓR PODANIA

Dotyczy studentów, którzy starają się o zgodę na powtarzanie semestru

.....

Katowice,

Imię i Nazwisko

Studia jednolite mgr / II stopnia*

Rodzaj studiów: stacjonarne/niestacjonarne*

Rok studiów/ semestr studiów.....

Nr albumu:

Do Dziekana Wydziału Fizjoterapii

AWF Katowice

Dotyczy: zezwoienia na powtórzenie semestru

W semestrze nie uzyskałem zaliczenia następujących przedmiotów:

.....

.....

Proszę o zezwolenie na powtórzenie semestru studiów w roku akademickim

.....

Podpis

*niepotrzebne skreślić

Decyzja Dziekana:

Wyznaczony termin zaliczenia przedmiotu: