

Bydgoszcz,r.

.....
(imię nazwisko Studenta/ki)

.....
(rok/semestr/nr albumu)

.....
(adres e-mail, nr tel.)

Sz. P.

(imię, nazwisko, stopień)

DZIEKAN kierunku

WSNoZ w Bydgoszczy, ul. Jagiellońska 4

PODANIE/ WNIOSEK

WARUNKOWE ZALICZENIE SEMESTRU/POWTARZANIE SEMESTRU*

Zwracam się z uprzejmą prośbą o warunkowe zaliczenie semestru lub powtarzanie semestru**

Prośbę/ wniosek uzasadniam:

(obowiązkowo proszę podać: jakie przedmioty nie zostały zaliczone, w którym semestrze, z jakiego powodu)

.....
.....
.....
.....
.....

Załączniki: 1..... 2.....

.....

(podpis)

*Regulamin studiów WSNoZ, *Wpis warunkowy, powtarzanie semestru*, § 26 (BIP)

** Dziekan podejmuje decyzję na podstawie zaistniałego deficytu ECTS.

Wypełnia Dziekan:

| | |
|---|--|
| Deficyt ECTS w rozliczonym semestrze | |
| Sumaryczny deficyt ECTS | |
| Decyzja Dziekana: Wyrażam zgodę na warunkowe zaliczenie semestru | Decyzja Dziekana: Wyrażam zgodę na powtarzanie semestru |
| Pieczęć i podpis | Pieczęć i podpis |
| Uzasadnienie (jeśli sytuacja tego wymaga) | |