

Elbląg, dnia

.....
imię i nazwisko studenta

.....
adres

.....
kierunek studiów, poziom studiów (I lub II stopnia) , rok i semestr

.....
nr albumu

.....
telefon, mail

Dziekan Wydziału
Akademii Medycznych i Społecznych Nauk
Stosowanych

WNIOSEK O ZEZWOLENIE
NA POWTÓRZENIE ROKU STUDIÓW

Na podstawie § 24 ust. 1 Regulaminu studiów Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych z dnia 3 kwietnia 2020 r. proszę o zezwolenie na powtórzenie roku studiów w roku akademickim/.....

Jednocześnie wnoszę o uznanie zaliczonych przeze mnie zajęć, z których uzyskałem/łam ocenę pozytywną i zwolnienie mnie z uczestnictwa w tych zajęciach.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z wyrazami szacunku,

.....
/podpis studenta/