|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………  (imię i nazwisko) | Piotrków Trybunalski, ……………… 20……… |
| ………………………………………………  (kierunek studiów, rok, poziom, forma) |
| ………………………………………………  (nr albumu) |
| ………………………………………………  (kontakt: nr telefony, e-mail) |

**Dziekan**

**Wydziału Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu**

WNIOSEK

o wyrażenie zgody o skierowanie na powtarzanie roku w roku akademickim 20…/20…. na semestr……

Uprzejmie proszę o skierowanie mnie na powtarzanie semestru ……/roku studiów\* w roku akademickim 20…/20… z powodu niezaliczenia następujących przedmiotów:

Z poważaniem

(podpis studenta)

\* niewłaściwe skreślić