|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………(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