

Imię i Nazwisko.....
Studia stacjonarne/niestacjonarne*
Kierunek:
Specjalność:
Semestr/rok*
Numer albumu

Racibórz, dniar.

Dyrektor
Instytutu
.....

PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na warunkowe zaliczenie semestruw roku akademickim 20...../20.....

Uzasadnienie:

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

Brak stosownego zaliczenia / egzaminu* :

Przedmiot

Wykładowca

Z poważaniem

.....

dołączyć obowiązkowo indeks

Decyzja Dyrektora instytutu:

1. Wyrażam zgodę na warunkowe zaliczenie semestru w roku akademickim 20..../20.... zgodnie z § 30 ust. 1, pkt 1 Regulaminu Studiów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Raciborzu

Termin uzupełnienia zaległości do dnia

2. Nie wyrażam zgody. Uzasadnienie:

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

data i podpis Dyrektora

*skreślić niewłaściwe