|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Imię i nazwisko studenta |  | miejscowość, data |
|  |
| Rok i stopień studiów |
|  |
| Nr albumu |
|  |
| Adres do korespondencji |
|  |
| nr telefonu; e-mail |
|  |

**Pani**

**Prof. UG, dr hab. Sylwia Jafra**

**Prodziekan ds. Studenckich i Kształcenia**

**Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG i GUMed**

# PODANIE o powtarzanie okresu rozliczeniowego

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie okresu rozliczeniowego: ………………………………………………………..…………

W roku akademickim 20........../20............ nie zaliczyłam/em następujących przedmiotów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu | Rodzaj zaległości:  zal./egz. |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Decyzja Dziekana:…………………………………………………………….... | ................................................................................  *podpis studenta* |
| ....................................................................  *Data i podpis Dziekana* |  |