Wrocław, dnia …………………

……………………………………….

*Imię i nazwisko*

Nr albumu…………………………….. **dotyczy**

Rok rozp. studiów …………………… **czwartej i kolejnej realizacji kursu**

Rok …………. Semestr ……………..

Kierunek……….. Specj. …………….

**JM Rektor**

Politechniki Wrocławskiej

Zgodnie z Regulaminem Studiów Wyższych PWr. § 17, uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie następujących kursów w semestrze letnim/zimowym\* w roku akademickim ……………..

Lp. Kod kursu Nazwa kursu Nr realizacji

1. …………………………….. …………………………….………….…… …………

2. …………………………….. …………………………….………….…… …………

3. …………………………….. …………………………….………….…… …………

4. …………………………….. …………………………….………….…… …………

…………………………………..

Podpis studenta

………………………………….. …………………………………….

Opinia Dziekana Decyzja JM Rektora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podanie dotyczy tylko jednego semestru**

\*) niepotrzebne skreślić.