…………………………………………………….. Wrocław, dnia ……..……..…….…

imię i nazwisko

………………………………………………………

kierunek studiów

………………………………………………………

stopień studiów i numer semestru

……………………………………

nr albumu

……………………………………………………………

aktualny adres korespondencyjny

……………………………………………………

kontaktowy numer telefoniczny

Dziekan Wydziału   
Fizyki i Astronomii UWr

**Podanie o powtórne wpisanie na ten sam semestr**

Proszę o wyrażenie zgody na powtórne wpisanie mnie na ………………… semestr studiów   
w roku akademickim 20…..../….…. . W semestrze zimowym/letnim\* roku akademickiego 20…..../…….. uzyskałam/em\* ………… punktów ECTS.

Nie zaliczyłam/em\* niżej wymienionych przedmiotów:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………….

podpis studentki/studenta

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na powtórne wpisanie na semestr …………………   
w semestrze zimowym/letnim\* roku akademickiego 20…..../….…. .

……………………………………………………………………………

data i podpis Dziekana

\* niepotrzebne skreślić