…………………………………………………….. 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