…………………………………………………….. 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 zgodę na przystąpienie do egzaminu
po zakończeniu sesji**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na przystąpienie do egzaminu z przedmiotu ……………………………………………………………………………………………………………………………………… po zakończeniu sesji egzaminacyjnej/poprawkowej\*.

Przewidywany termin egzaminu ………………..………………………..

…………………………………………………………….

 podpis studentki/studenta

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

 decyzja Dziekana, data, podpis

\* niepotrzebne skreślić