…………………………………………………….. 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