…………………………………………………….. 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 przedłużenie terminu zaliczenia zajęć**

**niekończących się egzaminem**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na przedłużenie terminu uzyskania zaliczenia   
przedmiotu ……………………………………………………………………………………………………………………………… do……..………….…..   
 dd–mm–rrrr

Uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………….

podpis studentki/studenta

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

decyzja Z-cy Dyrektora Instytutu ds. Dydaktycznych, data, podpis