…………………………………………………….. 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