

.....
imię i nazwisko

Stalowa Wola,.....

.....
dokładny adres

.....
kod miejscowość

.....
województwo tel.

.....
kierunek rok

Dziekan Wydziału Zamiejscowego

.....
Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II
w Stalowej Woli

Zwracam się z prośbą o udzielenie zgody na powtórzeniesemestru,
kierunek....., w roku akademickim...../.....

W roku ak. /..... nie zaliczyłam/łem egzaminów przewidzianych
programem studiów. W czasie trwania studiów nie powtarzałam/łem żadnego roku.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....
podpis studenta