

Wniosek został złożony w dziekanacie:

....., dnia.....

(data, podpis i pieczęć pracownika dziekanatu przyjmującego wniosek)

Nazwisko i imię:

Nr albumu:

Kierunek:

Specjalność:

Poziom studiów:

Forma studiów:

Data rozpoczęcia studiów:

Rok studiów:

Telefon/e-mail w domenie @365.sum.edu.pl:

Adres do korespondencji:

**Dziekan
Wydziału
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach**

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na skierowanie mnie na **powtarzanie roku studiów** w roku akademickim z powodu niezaliczenia następujących przedmiotów:

.....
.....

Podpis studenta/ studentki

Zgodnie z Regulaminem Studiów w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na powtarzanieroku studiów w roku akademickim.

Data i podpis osoby upoważnionej

*niepotrzebne skreślić