Warszawa, dn. ……

Student/studentka

……
(imię/ imiona i nazwisko)

……
(nr albumu)

……
(kierunek studiów)

……
(specjalność)

……
(tryb i poziom studiów: stacjonarne / niestacjonarne , jednolite mgr / I stopnia / II stopnia)

……
(rok studiów, semestr)

……
(telefon kontaktowy)

Wniosek złożony dn. ……..……

Nr ewidencyjny:……..……

……..……

……

Wydział Farmaceutyczny
(nazwa Wydziału)
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na **powtarzanie** …… **roku studiów**

w roku akademickim ……..……

Uzasadnienie:

……
……
……
……

……
podpis studenta/ studentki

Na podstawie § ……. Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr …… z późniejszymi zmianami,

wyrażam/ nie wyrażam* zgodę(y) na powtarzanie roku studiów i zobowiązuję Pana/Panią

do uiszczenia w obowiązującym terminie opłaty za powtarzanie roku w wysokości ……. zł.,

na nr rachunku …….. pod rygorem skreślenia z listy studentów.

Data …… Podpis Dziekana ……..

Data …… Podpis studenta / studentki ……

** Niepotrzebne skreślić.*