

Białystok, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
numer albumu

.....
kierunek, rok studiów, semestr, grupa

*tryb stacjonarny/niestacjonarny**

.....
aktualny telefon kontaktowy

**PROREKTOR WSWFiT
w Białymstoku**

PODANIE o powtórzenie roku studiów

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na powtarzanie roku studiów, semestr.....w roku akademickim.....

Uzasadnienie podania:

.....
.....
.....

.....
Podpis studenta

Decyzja Prorektora:

Zgoda / brak zgody na powtórzenie roku studiów.....*

.....
.....

Białystok, dnia

.....
Podpis i pieczętka Prorektora

.....
* Niepotrzebne skreślić.