

Włocławek, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
kod miejscowość

.....
kierunek

.....
Rok / semestr / studiów / numer albumu

.....
Telefon / e-mail

**Dziekan
Wydziału Nauk o Zdrowiu
KSW we Włocławku**

W związku z negatywnym wynikiem egzaminu z przedmiotu
.....
a tym samym niezaliczeniem semestru zwracam się z prośbą
o jego powtarzanie.

Z góry dziękuję za pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem

.....
własnoręczny podpis

- Wyrażam zgodę na powtarzanie semestru w roku akademickim.....
- Nie wyrażam zgody

.....
podpis Dziekana