(imię i nazwisko) (miejscowość, data)

(rok i kierunek studiów)

(forma i stopień studiów)

(adres e-mail)

(telefon kontaktowy)

(numer albumu)

Sz. P.

Dyrektor/Z-ca Dyrektora Instytutu

Uniwersytetu Pedagogicznego

im. Komisji Edukacji Narodowej

w Krakowie

**POWTARZANIE ROKU/SEMESTRU**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na

w roku akademickim

Prośbę swą motywuję tym, że

………………..………………..………………..………………..………………..………………..………………..…………………………………………………………..

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

……………………………………….  
(czytelny podpis studenta)

**Decyzja Dyrektora/Z-ca Dyrektora Instytutu w sprawie powtarzania roku/semestru:**

🞏 Wyrażam zgodę

🞏 Nie wyrażam zgody, ponieważ

🞏 Zapraszam Panią/Pana w czasie mojego dyżuru na rozmowę w tej sprawie.

Data: Podpis:

Uwagi: