Elbląg, dnia ……………………...

imię i nazwisko ………………………………

nr albumu …………………………………….

kierunek ……………………………………...

rok studiów …………..

semestr ………………

**Dziekan Wydziału** ………………………………………….

**Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych**

**WNIOSEK O WARUNKOWE ZEZWOLENIE NA STUDIOWANIE**

**W NASTĘPNYM SEMESTRZE / ROKU\* STUDIÓW**

Na podstawie § 22 ust. 3 Regulaminu studiów Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych z dnia 28 czerwca 2024 r. proszę o warunkowe zezwolenie na studiowanie na ……… semestrze / roku\*,

w roku akademickim ………… /..………, z powodu braku zaliczenia poniżej wymienionego/ych przedmiotu/ów :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Przedmiot** | **Liczba punktów ECTS** |
| 1. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 2. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\***niepotrzebne skreślić

**DECYZJA DZIEKANA**

*(właściwe zakreślić)*

Akceptuję

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Przedmiot** | **Liczba punktów ECTS** |
| 1. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 2. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ustalam:

sposób i termin zaliczenia przedmiotów:....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

Nie akceptuję

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Przedmiot** | **Liczba punktów ECTS** |
| 1. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 2. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Uzasadnienie:......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

………………………………………………

data i podpis dziekana

**POTWIERDZENIE UREGULOWANIA OPŁAT\***

(\*do przedłożenia wraz z wnioskiem i uzyskaną decyzją dziekana)

Oświadczam, że nie posiadam żadnych innych zaległości poza wskazanymi powyżej.

……………………………

podpis studenta

Wraz z wnioskiem przedkładam **potwierdzenie z działu Rozliczeń finansowych ze studentami o dokonanej wpłacie** za powtarzanie zajęć z przedmiotu(ów) w kwocie ………………………….......

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*WYPEŁNIA KWESTURA*

POTWIERDZAM WPŁATĘ KWOTY ……………………………

………………………………

data i podpis pracownika