



Elbląg, dnia

.....
imię i nazwisko studenta

.....
adres

.....
kierunek studiów, poziom studiów (I lub II stopnia), rok i semestr

.....
nr albumu

.....
telefon, e-mail

Dziekan Wydziału

Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych

WNIOSEK O ZEZWOLENIE

NA POWTÓRZENIE SEMESTRU / ROKU STUDIÓW

Na podstawie § 24 ust. 1 Regulaminu studiów Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych z dnia 18 kwietnia 2025 r. proszę o zezwolenie na powtórzenie
semestru/roku studiów w roku akademickim /.....

Jednocześnie wnoszę o uznanie zaliczonych przeze mnie zajęć, z których uzyskałem/łam ocenę pozytywną i zwolnienie mnie z uczestnictwa w tych zajęciach.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

z wyrazami szacunku

.....

podpis studenta