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 WARUNKOWE ZEZWOLENIE NA STUDIOWANIE**

**W NASTĘPNYM SEMESTRZE STUDIÓW**

Na podstawie § 23 ust. 3 Regulaminu studiów Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych   
z dnia 18 kwietnia 2025 r. proszę o warunkowe zezwolenie na studiowanie na ……… semestrze, w roku akademickim ………… / ..………, z powodu braku zaliczenia poniżej wymienionego/ych przedmiotu/ów :

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

**STANOWISKO 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 uzyskanym stanowiskiem 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