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