



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 ROKU STUDIÓW**

Na podstawie § 24 ust. 1 Regulaminu studiów Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych z dnia 14 kwietnia 2023 r. proszę o zezwolenie na powtórzenie 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/