Wrocław, dnia……………………………

………………………………………………………………

(imię i nazwisko studenta, numer albumu)

………………………………………………………………

(kierunek, stopień I /II\*, rok studiów, tryb S – stacjonarne, N – niestacjonarne\*)

………………………………………………………………

(pełny aktualny adres korespondencyjny)

………………………………………………………………

(numer telefonu i kontaktowy email)

**Prodziekan ds. studiów stacjonarnych   
i jakości kształcenia WKSM UWr**

**…………………………………………….**

**WNIOSEK O POWTÓRNY WPIS NA TEN SAM SEMESTR/**

**WPIS NA SEMESTR Z DEFICYTEM PUNKTOWYM/POWTARZANIE PRZEDMIOTU z powodu niezadowalających wyników w nauce\***

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na:

1. powtórny wpis na semestr………..
2. wpis na wyższy semestr z dopuszczalnym deficytem punktowym wynoszącym ………….ECTS

na kierunku: …………………………………………………………..…………….. w roku akademickim ………………  
Oświadczam, że w semestrze poprzednim uzyskałam/em ……. punktów ECTS (min. 18 punktów ECTS),   
a w trakcie realizowanych dotychczas studiów mój sumaryczny (łączny) deficyt punktów ECTS wynosi …… punktów (nie przekracza 30 punktów ECTS).

……………………………………………..

(podpis studenta)

Proszę o możliwość powtórzenia przedmiotów:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu** | **Forma zajęć (W, K, Ćw, S)** | **Liczba godzin** | **Liczba punktów** | **Opłata** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | |

**OPINIA Z-CY DYREKTORA INSTYTUTU DS. DYDAKTYCZNYCH:**

……………………………………………..

(podpis za-cy Dyrektora Instytutu ds. dydaktycznych)

**ROZSTRZYGNIĘCIE:**

(podpis prodziekana)

\*Właściwe podkreślić