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 PRZEDŁUŻENIE TERMINU UZYSKANIA ZALICZENIA**

Zwracam się z prośbą o przedłużenie terminu uzyskania zaliczenia z zajęć:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa zajęć** | **Opinia prowadzącego zajęcia** |
|  |   |

Prośbę uzasadniam …………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………….

…………………………………………

 (podpis studenta)

ROZSTRZYGNIĘCIE:

Wyrażam zgodę na przedłużenie terminu uzyskania zaliczenia do dnia…………………………

Nie wyrażam zgody

……………………………

(podpis)