



Powiślańska Szkoła Wyższa
ul. 11 Listopada 29: 82-500 Kwidzyn
tel/fax (55) 261 31 39; tel. (55) 279 17 68
www.wsz.kwidzyn.edu.pl
dziekanat@psw.kwidzyn.edu.pl

Kwidzyn, dnia

.....
imię i nazwisko/ nr albumu

.....
kierunek/specjalność

stacjonarne/niestacjonarne*

forma studiów

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu
prof. dr hab. Wiesława Łysiak - Szydłowska

PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na powtarzaniesemestru
w roku akademickim.....

Wykaz przedmiotów, z których nie uzyskano zaliczenia w obowiązującym terminie:

Lp.	Przedmiot	Prowadzący zajęcia

Uzasadnienie:.....
.....
.....

Z poważaniem

DECYZJA DZIEKANA:

Wyrażam zgodę.....

Nie wyrażam zgody

.....
data i podpis Dziekana

.....
data i podpis studenta

(*) niepotrzebne skreślić