

Katowice, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(rok studiów – kierunek, stopień)

.....
(nr albumu)

.....
(nr telefonu)

.....
(e- mail)

stacjonarne/niestacjonarne*
forma studiów

PTE

Dziekan

Wydziału Nauk Ścisłych i Technicznych

Uniwersytetu Śląskiego

w Katowicach

Zgodnie z § 24 ust. 5 Regulaminu studiów w Uniwersytecie Śląskim, zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przywrócenie terminu zaliczenia/egzaminu* z modułu/modułów*

.....

w trakcie sesji semestru letniego/ zimowego*

Prośbę swoją uzasadniam.....

.....

.....

Termin uzyskania zaliczenia z ćwiczeń:..... **Ocena:**.....

Data egzaminu: I termin.....

II termin.....

Okres zwolnienia lekarskiego (jeśli dotyczy):.....

.....

(podpis studenta)

Decyzja Dziekana:

Data wpływu pisma.....

* niepotrzebne skreślić