

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. 4 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