



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

Imię i nazwisko

Adres

Rok studiów, którego dotyczy podanie

Tryb

Kierunek.....

Nr albumu.....

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