Warszawa, dnia

 *(imię i nazwisko studenta)*

 *(adres do korespondencji)*

 *(telefon kontaktowy, adres e-mailowy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| W | M | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(nr grupy dziekańskiej)* |  |  | *(nr albumu)* |

**REKTOR
WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ**

Dotyczy: *powtarzania zajęć*

Proszę o wyrażenie zgody na odpłatne powtarzanie w semestrze **zimowym** / **letnim**\* r.a. **20……/20……** niżej wymienionych zajęć (przedmiotów):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa zajęć (przedmiot) | Punkty ECTS | Zaległość z semestru (cyfra arabska) | Powtórne powtarzanie (TAK / NIE) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Uzasadnienie**

 *własnoręczny podpis studenta*

Opinia Kierownika Dziekanatu:

popieram wniosek / nie popieram wniosku \*

o powtarzanie zajęć z pozycji ………………

 *data i podpis Kierownika Dziekanatu*

Opinia Prodziekana ds. Kształcenia:

popieram wniosek / nie popieram wniosku \*

o powtarzanie zajęć z pozycji ………………

 *data i podpis Prodziekana ds. Kształcenia*

\* niepotrzebne skreślić