

Warszawa, dn. ....

**Student/studentka**

.....  
(imię/ imiona i nazwisko)

.....  
(nr albumu)

.....  
(kierunek studiów)

.....  
(specjalność)

.....  
(tryb i poziom studiów: stacjonarne / niestacjonarne , jednolite mgr / I stopnia / II stopnia)

.....  
(rok studiów, semestr)

.....  
(telefon kontaktowy)

Wniosek złożony dn. ....

Nr ewidencyjny:.....

**Dziekan**

.....  
(nazwa Wydziału)

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

**WNIOSEK**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na **powtarzanie** ..... **roku studiów**  
w roku akademickim .....

Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
podpis studenta/ studentki

---

Na podstawie § 16 ust. 1 pkt. 1 Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr 22/2007 z dnia 2 kwietnia 2007 roku z późniejszymi zmianami,

**wyrażam/ nie wyrażam** \* zgodę(y) na powtarzanie roku studiów i zobowiązuje Pana/Panią

do uiszczenia w obowiązującym terminie opłaty za powtarzanie roku w wysokości ..... zł.,

na nr rachunku ..... pod rygorem skreślenia z listy studentów.

Data ..... Podpis Dziekana .....

Na podstawie art. 14 § 2 kpa strona została poinformowana o treści i istotnych motywach decyzji.

Data ..... Podpis studenta / studentki .....

\* Niepotrzebne skreślić.