

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 § Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr z dnia,

wyrażam/ nie wyrażam * zgodę(y) na powtarzanie roku studiów i zobowiązuję 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.