|  |  |
| --- | --- |
| ………………..………………..………………..………………..(imię i nazwisko) | .….……….……….…….……….……….……….(miejscowość, data) |
| ………………..………………..………………..………………..(rok i kierunek studiów) |  |
| ………………..………………..………………..………………..(forma i stopień studiów) |  |
| ………………..………………..………………..………………..(adres e-mail) |  |
| ………………..………………..………………..………………..(telefon kontaktowy) |  |
| ………………..………………..………………..………………..(numer albumu) |  |

Sz. P. ………………..………………..………………..………

Dyrektor Instytutu ……..………………..……………….

……..………………..………………..………………..…………

Uniwersytetu Pedagogicznego

im. Komisji Edukacji Narodowej

w Krakowie

**POWTARZANIE ROKU/SEMESTRU**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na ………………………………………………………………………………………

………………………………………………….……….… w roku akademickim ...........…………………………………………………………..……………….

Prośbę tę motywuję tym, że ……………..………………..………………..…………………………………….……………………………………..

………………..………………..………………..………………..………………..………………..………………..…………………………………………………………..

………………..………………..………………..………………..………………..………………..………………..…………………………………………………………..

………………..………………..………………..………………..………………..………………..………………..…………………………………………………………..

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

……………………………………….
(czytelny podpis studenta)