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

/Imię i nazwisko/ /miejscowość, data/

……………………………………………………………………….

/adres/

……………………………………………………………………….

/telefon kontaktowy/

……………………………………………………………………….

/kierunek studiów / specjalność /

……………………………………………………………………….

/studia stacjonarne / niestacjonarne/

Nr albumu ......................................

**Rektor**

**Uniwersytetu Zielonogórskiego**

**w Zielonej Górze**

## **Wniosek o powtarzanie semestru/roku**\*

Proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie......... semestru/roku\* w roku akademickim …................................

Zobowiązuję się wnieść wymaganą przy powtarzaniu semestru/roku\* opłatę w obowiązującym terminie.

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

/ czytelny podpis studenta/

|  |  |
| --- | --- |
| **Decyzja Rektora:**  Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na powtarzanie ......... semestru/roku\* w roku akademickim ................................................  z obowiązkiem zaliczenia ewentualnych różnic programowych do końca sesji poprawkowej w semestrze zimowym/letnim\* w roku akademickim …………………………… | |
| ..............................  data | z up. ...............................................  Rektor Uniwersytetu Zielonogórskiego |

*Wypełnia Rektor lub osoba przez Rektora upoważniona:*

Proszę Pana/Panią ………………………………………………. o wyznaczenie różnic programowych.