|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Kraków, .......................................  **Zał. 1A** |
| Imię i nazwisko studenta | |  |
| Nr albumu |  | Data wpływu: |
| Rok studiów / kierunek | |  |
| Tel. | |  |
| email | |  |
|  | **Sz. P.**  **Dr hab. Agnieszka Skowron**  **Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego UJCM** | |
| **Dot. powtarzania** Wybierz element. **roku studiów**  Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na powtarzanie Wybierz element. roku studiów w roku akademickim 20..../20.... z powodu nie zaliczenia przedmiotu/ów:   1. …………………………………………………………………………………………………………………………….………………… 2. …………………………………………………………………………………………………………………….………….……………… 3. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. 4. ………………………………………………………………………………………………………………….…………………………… 5. …………………………………………………………………………………………………………..………………………………….. | | |

Jednocześnie proszę o zgodę na realizację przedmiotów (awans) zWybierz element. roku studiów w roku akademickim 20..../20... :

1. …………………………………………………………………………………………………………………………….…………………
2. …………………………………………………………………………………………………………………….………….………………
3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
4. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………….

P*odpis studenta*

**Decyzja Prodziekana:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dot. powtarzania** | **Dot. awansu** |
|  |  |

Akceptuję i przyjmuje do wiadomości ………………………………………………………….

*Data i podpis studenta*

***Ostateczny termin złożenia podania do dnia 30.09***

***Zał.1B.*** Opinia Koordynatora dot. zakresu **powtarzania przedmiotu**.

Data wpływu:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rok akademicki rozpoczęcia studiów:** | **Opłata za powtarzanie liczona wg[[1]](#footnote-1):** |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu** | **Liczba godzin do powtórzenia** | | | **ECTS** | **Opinia Koordynatora dot. zakresu powtarzania przedmiotu** | **Opłata** |
| Wyk. | Sem. | Ćw. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Decyzja Prodziekana** ……………….……………………………..………………………………………….

Data: ………………………. Podpis: ……………………………………………………

Akceptuję i przyjmuje do wiadomości ………………………………………………………….

*Data i podpis studenta*

***Ostateczny termin złożenia podania do dnia 30.09***

1. Pola szare wypełnia Dziekanat [↑](#footnote-ref-1)