

.....  
imię i nazwisko

.....  
miejsowość i data

.....  
adres (ulica, miejscowość)

.....  
telefon kontaktowy

.....  
kierunek studiów

studia stacjonarne / niestacjonarne\*

grupa .....

nr albumu .....

**JM Rektor  
Uniwersytetu Zielonogórskiego**

### **Podanie o powtarzanie semestru**

Proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie ..... semestru w roku akademickim .....

Zobowiązuję się wnieść wymaganą przy powtarzaniu semestru opłatę w obowiązującym terminie.

.....  
czytelny podpis studenta

#### **Decyzja:**

Zgadzam/nie zgadzam\* się na powtarzanie ..... semestru\* w roku akademickim .....

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć

\* niepotrzebne skreślić