



Gdańsk, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
semestr/kierunek

studia licencjackie/magisterskie*

stacjonarne/niestacjonarne*
forma studiów

.....
nr albumu oraz grupy

.....
adres e-mail

DO REKTORA

PODANIE

Proszę o wyrażenie zgody na **powtarzanie** **semestru** studiów w roku akademickim/..... w semestrze *zimowym/letnim**.

Wykaz przedmiotów niezaliczonych w obowiązującym terminie:

lp.	przedmiot	prowadzący zajęcia
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Uzasadnienie:

.....
.....

Z poważaniem

.....

DECYZJA REKTORA

Wyrażam zgodę na powtarzanie semestru w sem.w roku akad./.....		
	data	pieczętka i podpis
Nie wyrażam zgody		
	data	pieczętka i podpis

* niepotrzebne skreślić

Uwaga! Powtarzanie semestru przedłuża termin programowego ukończenia studiów i może nakładać na studenta obowiązek uzupełnienia różnic programowych.

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Zdrowia z siedzibą w Gdańsku przy ul. Pelplińskiej 7 (80-335).

Dane osobowe będą przetwarzane w realizacji przedmiotu działalności edukacyjnej WSZ na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), b), c) i lit. f) RODO.

O decyzji należy dowiedzieć się osobiście lub telefonicznie.