

PODANIE O POWTARZANIE SEMESTRU

Łódź, dn.

.....

Imię i nazwisko

.....

numer albumu

.....

semestr nauki

.....

rodzaj studiów

**Rektor Wyższej Szkoły Kosmetyki
i Nauk o Zdrowiu w Łodzi
dr n. chem. Katarzyna Bujnicka**

Dotyczy powtarzania semestru

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na powtarzanie semestru w roku akademickim/.....

Uzasadnienie podania

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Zobowiązuję się do zaliczenia ewentualnych różnic programowych w wyznaczonym terminie.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....
(Podpis studenta)