

## 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. med. Małgorzata Berner-Rutkowska**

### 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)