Opole, dnia…………..20……r.

……………………………………………………………
 ( nazwisko i imię )

**Adnotacja Dziekanatu:**

podanie złożono w dniu: ..............................

nr rejestru: …………………………………….

…..……………………

(podpis pracownika)

…………………………………………………………….
 ( rok, kierunek, tryb studiów)

…………………………………………………………….
 ( nr albumu)

……………………………………………………………
 ( tel. Kontaktowy/e-mail)

 Dziekan

 Wydziału Nauk o Zdrowiu

 Uniwersytetu Opolskiego

**PODANIE O POWTARZANIE SEMESTRU**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie semestru …………….. roku akademickiego

..……/……..….:

Uzasadnienie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ( podpis studenta/studentki)

**DECYZJA DZIEKANA:**

Na podstawie § 25 ust.1 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Opolskiego (tj.: uchwała nr 167/2020-2024 Senatu Uniwersytetu Opolskiego z dnia 11 kwietnia 2022 r.) kieruję Pana/Panią na powtarzanie

semestru………………w roku akademickim.…………...../…………….

Kwota do zapłaty………………………………………………………………………………..

Opole, dnia………………….20…. r. ( podpis i pieczęć Dziekana)