

Filia w Wałbrzychu

Imię i Nazwisko: .............................................

Numer albumu: .............................................

Wydział: .........................................................

Kierunek: ........................................................

Rok studiów: ................................................

Etap……………………………………………

System: stacjonarne

Wałbrzych, dnia r.

**Dyrektor Filii**

**Politechniki Wrocławskiej**

**w Wałbrzych**

# Zgodnie z Regulaminem Studiów proszę o wyrażenie zgody na urlop dziekański w semestrze letnim/zimowym w roku akademickim 20…/20…oraz na realizację wymienionych kursów powtórkowych w etapie zimowym/letnim w roku akademickim 20...../20...... r. podczas urlopu dziekańskiego.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kod kursu** | **Nazwa kursu** | **Forma kursu w,ć,p,s,l** | **ECTS** | **Zaległość z etapu nr** | **Liczba realizacji kursu** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że w etapach dotychczas realizowanych nie uzyskałem/am zaliczeń z niżej wymienionych kursów (należy wymienić wszystkie zaległe kursy)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kod kursu** | **Nazwa kursu** | **Forma kursu w,ć,p,s,l** | **ECTS** | **Zaległość z etapu nr** | **Liczba realizacji kursu** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |

Stwierdzam, że znane mi są postanowienia „Regulaminu Studiów”, a podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

………………………………………

*(podpis student*

# Decyzja Dyrektora:

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \*

……..………………………………

*(data, pieczęć i podpis Dyrektora)*