Legnica, dnia …… - ……… - ………..

# Imię i nazwisko:………………..…………

# Nr albumu: ………………………………

# Kierunek : ………………..……………....

Dyrektor Filii

Politechniki Wrocławskiej

w Legnicy

Wydział:…………………………………..

# Specjalność: …………..…………………

# Rok studiów: ……….., semestr: …..…….

# System: Stacjonarne

# Stopień studiów: I

**Dotyczy: Załącznik do podania o urlop dziekański**

Proszę o wyrażenie zgody na realizację wymienionych zaległych kursów w semestrze zimowym/letnim\* roku akademickim 20…../20……

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | KOD KURSU | NAZWA KURSU | PUNKTY  ECTS | ZALEGŁOŚĆ  Z SEMESTRU | LICZBA  REALIZACJI  KURSU |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **SUMA PUNKTÓW ECTS:** |  |  |  |

Oświadczam, że w semestrach dotychczas realizowanych nie uzyskałem zaliczeń z niżej wymienionych kursów (wymienić zaległe kursy od początku studiów):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | KOD KURSU | NAZWA KURSU | PUNKTY  ECTS | ZALEGŁOŚĆ  Z SEMESTRU | LICZBA  REALIZACJI  KURSU |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **SUMA PUNKTÓW ECTS:** |  |  |  |

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

……………………………………..……

Podpis Studenta

**DECYZJA DYREKTORA:**

W semestrze ……... proszę uzupełnić zaległy/e kurs/y z sem. …..…(poz……..….……….…….).

Powtarzane kursy są płatne.

……………….……………

Podpis Dyrektora