*Krosno, dnia ……………… 20 … r.*

*Imię i nazwisko: ……………………………..…………………*

*Adres: ……………………………………………………………*

*Telefon:……………………………..*

*Nr albumu: …………………..*

*Rok studiów, kierunek, specjalność: ………………………*

*Tryb studiów: ………………………………………….…….*

**REKTOR**

**KPU w Krośnie**

**Prof. dr hab. Grzegorz Przebinda**

**PODANIE o POWTARZANIE ……… SEMESTRU**

**w roku akademickim** 20....…. / 20…..…

Zwracam się z prośbą o zgodę na powtarzanie ……………. semestru studiów w roku akademickim 20….. / 20.…. .

Uzasadnienie prośby:

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

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

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

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

………………………………….

*podpis studenta*

**Decyzja Rektora:**

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

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

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

……………………….

*data i podpis*