Biuro Obsługi Spraw
Studenckich i Doktoranckich

Nazwisko i imię .....

Numer albumu .....

Kierunek .....

Rok i semestr .....

Studia niestacjonarne *

Studia II stopnia *

Słupsk, dnia .....

Adnotacje BOSSiD – podanie złożono w dniu .....

.....
(podpis pracownika)

Rektor Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku

dr hab. inż. Zbigniew OSADOWSKI, prof. UP
(tytuł naukowy, imię i nazwisko Rektora)

Proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie ..... semestru studiów na:

kierunek: .....

specjalność: .....

rok studiów: .....

Studia niestacjonarne *

Studia II stopnia *

w roku akademickim: .....

UZASADNIENIE

Zgodnie z § 38 ust. 1 pkt. 2 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku informuję, że w roku akademickim ..... nie osiągnąłem/ęłam efektów kształcenia przewidzianych w programie. W związku z tym chcę powtórzyć semestr z wyłączeniem zaliczonych przedmiotów.

.....
(czytelny podpis studenta)

** wybrać właściwe*