Gdańsk, dnia.....................

…………………………………………………….

Imię i nazwisko studenta

……………………

nr albumu

……………………………………………………..

Kierunek i semestr

…………………………………………………….

Stopień i tryb studiów

**Prodziekan ds. Studenckich i Kształcenia**

**Wydział Matematyki, Fizyki i Informatyki UG**

**Dr Barbara Wolnik**

**Wniosek o zezwolenie na przystąpienie do egzaminu po zakończeniu**

**sesji egzaminacyjnej**

Proszę o wyrażenie zgody na złożenie egzaminu z przedmiotu:

…………………………………………………………………………….

po zakończonej sesji egzaminacyjnej, jednak nie później niż w ciągu 1 miesiąca od dnia jej zakończenia.

**Uzasadnienie:**

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

…………………………………………………………………………………………………

Załączniki:

1. Zgoda/brak zgody\* Egzaminatora na przywrócenie pierwszego/ drugiego\* terminu egzaminu

……………………………………

(podpis studenta)

**Adnotacje Dziekanatu**

**Decyzja Dziekana**

Termin zakończenia sesji egzaminacyjnej: ……………..

Dopuszczalny termin egzaminu do: ……………………..

…………………………………………..

(data i podpis pracownika Dziekanatu)

\*niepotrzebne skreślić