



Powiślańska Szkoła Wyższa  
ul. 11 Listopada 29: 82-500 Kwidzyn  
tel/fax (55) 261 31 39; tel. (55) 279 17 68  
[www.wsz.kwidzyn.edu.pl](http://www.wsz.kwidzyn.edu.pl)  
dziekanat@psw.kwidzyn.edu.pl

Kwidzyn, dnia .....

.....  
imię i nazwisko/ nr albumu

.....  
kierunek/specjalność

stacjonarne/niestacjonarne\*

forma studiów

**Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu**  
**dr n. med. Maria Ignacy Pirski**

### PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na powtarzanie .....semestru  
w roku akademickim.....

Wykaz przedmiotów, z których nie uzyskano zaliczenia w obowiązującym terminie:

Lp.	Przedmiot	Prowadzący zajęcia

Uzasadnienie:.....  
.....  
.....

Z poważaniem

### DECYZJA DZIEKANA:

Wyrażam zgodę.....

Nie wyrażam zgody .....

.....  
data i podpis Dziekana

.....  
data i podpis studenta

(\* ) niepotrzebne skreślić