Wrocław, dnia .................................

...................................................

*Imię i nazwisko*

Rok ................ Semestr............

Kierunek...............Spec........... **przedłużenie**

Nr albumu ............................... **terminu zaliczenia**

Dziekan Wydziału Elektroniki

Politechniki Wrocławskiej

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na przedłużenie terminu zaliczenia do dnia

............................. z kursu ......................... ...........................................................................

*kod kursu* *nazwa*

.................................................................... .............................................................................

*prowadzący*

z powodu ...................................................................................................................................

Podpis studenta

Wypełnia prowadzący

Uwagi:

Podpis prowadzącego

Nie wyrażam zgody Wyrażam zgodę na przedłużenie terminu zaliczenia do dnia

........................................ ................................................