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

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