Słupsk, dnia……………….

Nazwisko i imię……………..

**Adnotacje –** podanie złożono w dniu ………………………………….

…………………………………………..

 (podpis pracownika)

Numer albumu: …………….

Kierunek: …………………..

Rok i semestr: ………………

Specjalność: ………………..

Studia stacjonarne/niestacjonarne

Studia I stopnia/II stopnia

 **Dyrektor Instytutu / Kierownik\*:**

…………………………………………………..

(nazwa Instytutu / Katedry / Studium / Centrum)

Proszę o wyznaczenie terminu zaliczenia komisyjnego z modułu/przedmiotu ……………………

u wykładowcy ………………………………

**UZASADNIENIE**

Zgodnie z § 30 ust. 3 Regulaminu Studiów Akademii Pomorskiej w Słupsku proszę o komisyjne sprawdzenie uzyskanych przeze mnie wyników gdyż uważam, że …………………………………….

 (*wpisać uzasadnienie)*

 ……………………………………………….

 (czytelny podpis studenta)

**OPINIA PRACOWNIKA SEKRETARIATU:**

*Student/ka przystąpił/a do zaliczenia modułu/przedmiotu w dniu ……………………… i otrzymał/a ocenę niedostateczną. Przystąpił/a//nie przystąpił/a w dniu do zaliczenia poprawkowego. Otrzymał/a ocenę ……………………………………………..*

……………………………………………….

 ( podpis i pieczątka pracownika )

**OPINIA DYREKTORA INSTYTUTU/ KIEROWNIKA KATEDRY/ STUDIUM/ CENTRUM :**