Słupsk, dnia………………….

Nazwisko i imię ………………………

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

……………………………………………………...

(podpis pracownika)

Numer albumu: ……………………….

Kierunek: ……………………………..

Rok i semestr: …………………………

Studia stacjonarne/niestacjonarne

Studia I stopnia/II stopnia/JSM

**Rektor Akademii Pomorskiej w Słupsku**

………………………………………………………….….

(tytuł naukowy, imię i nazwisko Rektora)

Proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie zajęć związanych z ukończeniem pracy dyplomowej, t.j: . ……………………………………………………………………………………………………….., bez uzupełniania różnic programowych.

**UZASADNIENIE**

Zgodnie z § 52 ust. 5 Regulaminu Studiów Akademii Pomorskiej w Słupsku powtórzenie w/w zajęć

pozwoli mi na ukończenie pracy dyplomowej, która jest w stopniu zaawansowanym i istnieje szansa, że złożę ją do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(wpisać: 30.06./28 lub 29.02 i odpowiedni rok kalendarzowy)

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojego wniosku.

Jeżeli student nie może wpłacić całości

Jednocześnie proszę o rozłożenie opłaty za powtarzanie przedmiotu na \_\_ równych rat, płatnych od dnia\_\_\_

……………………………………………….

(czytelny podpis studenta)

**OPINIA PROMOTORA PRACY:**

**DECYZJA REKTORA:**