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 Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku**

………………………………………………………….….

(tytuł naukowy, imię i nazwisko Rektora)

Proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie……….……… semestru studiów na:

kierunek: ………………….

specjalność: ………………

rok studiów: ………………

system studiów: stacjonarne/niestacjonarne

rodzaj studiów: I stopnia/ II stopnia/JSM

w roku akademickim ……………...

**UZASADNIENIE**

Zgodnie z § 38 ust. 1 pod. 2 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku informuję, że w roku akademickim ……………. nie osiągnąłem/ęłam efektów kształcenia przewidzianych w programie. W związku z tym chcę powtórzyć semestr z wyłączeniem zaliczonych przedmiotów.

………………………………………………….

(czytelny podpis studenta)