Opole, dnia…………….

**Imię i Nazwisko**: ………………………………

**Wydział Chemii i Farmacji**

kierunek studiów: ………………………………

rok studiów/stopień studiów: …………………..

nr albumu: ………………………………………

adres e-mail: ……………………………………

telefon komórkowy: ….…………………………

**Dziekan**

**Wydziału Chemii i Farmacji**

**Uniwersytetu Opolskiego**

**Wniosek o powtarzanie semestru na Wydziale Chemii i Farmacji**

**Uniwersytetu Opolskiego**

Zwracam się z prośbą o powtarzanie semestru…………………………….
w roku akademickim………………………………...**.**

Prośbę uzasadniam:……………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………….........…………..…

…………………………………………………………………………………………..…….…………………………………………………………………………………………..…….……

……..……………….

czytelny podpis studenta