Imię, nazwisko Opole, dnia ……………

Numer albumu:

Kierunek:

Specjalność:

Tryb studiów: stacjonarne/niestacjonarne\*

Adres:

Telefon:

 **Dziekan**

**Wydziału Teologicznego**

**Uniwersytetu Opolskiego**

 **Przywrócenie prawa do egzaminu/zaliczenia**

 Zwracam się z uprzejmą prośbą o przywrócenie prawa do egzaminu/egzaminów z …………………………………………………………

..………………………………………………………………………………….

zaliczenia/zaliczeń z ……………………………………………………………. ……………………………………………………………………………….…. .

**Prośbę swoją uzasadniam:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Załączniki:

1) ………………………………………………………………………………….

2) ………………………………………………………………………………….

…………………………

 podpis studenta

|  |
| --- |
| **Decyzja Dziekana:** |
| Wyrażam zgodę - do dnia: ………….………………………………Data i podpis dziekana | Nie wyrażam zgody………………………………Data i podpis dziekana |

\*) niepotrzebne skreślić