Rzeszów, dnia ……….......................

nazwisko i imię: ………………………………………

nr albumu ………………..…………………………....

numer albumu: ………………………………………..

kierunek: ……………………………………………..

rok studiów: …………………………………………..

poziom kształcenia: I/II stopnia\*

telefon kontaktowy …………………………………..

**Dziekan**

**Wydziału Sztuk Pięknych**

**Uniwersytetu Rzeszowskiego**

Proszę o udzielenie zgody na **przywrócenie terminu egzaminu / zaliczenia \*** w semestrze………………………. w roku akademickim ...………..…..…....…

**Uzasadnienie:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Załączniki:**

1.

2.

……………………………………….……….

 podpis

\*niepotrzebne skreślić