Załącznik nr 39

do Zarządzenia nr 44/RKR/2025

……………………………………. Warszawa, dnia ……………….

*(imię i nazwisko)*

…………………………………….

(*adres do korespondencji)*

…………………………………....

*(nr grupy, nr albumu)*

…………………………………....

*(tel. kontaktowy, adres e-mailowy)*

**REKTOR  
WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ**

**im. JAROSŁAWA DĄBROWSKIEGO   
W WARSZAWIE**

*Dotyczy: powtarzania zajęć*

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na powtarzanie niżej wymienionych zajęć /przedmiotów w semestrze zimowym / letnim w roku akademickim 20…./20….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot | Imię i nazwisko, stopień osoby prowadzącej zajęcia w bieżącym semestrze | Semestr | Punkty ECTS | Wykład | Ćwiczenia | Laboratoria | Inne formy zajęć (seminarium  /projekt) | Potwierdzenie danych (dziekanat) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

……...………………………………….

*podpis studenta*

……...………………………………….

*pieczęć i podpis Rektora WAT*

*lub upoważnionej przez niego osoby*