|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię: | | | Nazwisko: | | Data: | |
| Nr albumu: | | | Rejestracja i średnia za studia (dziekanat): | | | |
| Wydział: | | | | Kierunek: | | |
| Rok | Semestr | Rodzaj studiów\* (stacjonarne, niestacjonarne wieczorowe, niestacjonarne zaoczne) | | Poziom\* (I st. licencjackie,  I st. inżynierskie, magistersko – inżynierskie, II st.) | | Miejsce prowadzenia zajęć\* (PŁ/poza PŁ – wymiana) |

Adres do korespondencji

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ulica | | Nr domu | Nr lokalu | Kod pocztowy | Miejscowość | |
| Gmina | Województwo | | | Telefon | | Adres e-mail |

**Prodziekan ds. Studenckich**

**……………………………………………………..**

Uprzejmie proszę \*:

* zwolnienie mnie z opłat za naukę w semestrze zimowym/letnim\* w roku akademickim 20…./20….
* obniżenie opłaty za naukę z kwoty ………………………… EUR/PLN do kwoty ……………………EUR/PLN  
  w semestrze zimowym/letnim\* w roku akademickim 20…./20….
* zwolnienie z opłaty za braki ECTS w wysokości ……………..EUR/PLN
* obniżenie opłaty za braki ECTS z ……………..EUR/PLN na ……………..EUR/PLN
* rozłożenie opłaty na 2 raty w wys. po ………………… EUR/PLN, płatne w terminach do:  
  I termin: …………………………………………………………………………………………………………………………  
  II termin: …………………………………………………………………………………………………………………………  
  w semestrze zimowym/letnim\* w roku akademickim 20…./20….
* przesunięcie terminu płatności do dnia ……………………. za semestr zimowy/letni\* w roku akademickim 20…./20….

**Uzasadnienie:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Otrzymywane formy pomocy finansowej z uczelni …………………………………………… zł  
Rodzina składa się z ……………. osób, dochód miesięczny wynosi …………………………………… zł  
Dochód na 1 osobę wynosi ………………………………….. zł  
Załącznik: zaświadczenie o dochodach w rodzinie

Miejscowość …………………………… , dnia ………………………. ……………………………………………  
 Podpis studenta/doktoranta

|  |  |
| --- | --- |
| **Opinia Dyrektora CWM**  **(dot. osób studiujących w CKM)**  Popieram/Nie popieram\*\* | **Decyzja Prodziekana ds. Studenckich**  Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody\*\* |
| Termin(y) uiszczenia opłat(y) …………………………….. / …………………………….. / …………………………….. |

\*zaznaczyć właściwe   
\*\*niepotrzebne skreślić