|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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