



Wrocław, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(e-mail, nr telefonu)

Sz.P.

Kierownik studiów podyplomowych

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przedłużenie studiów podyplomowych

.....
(nazwa studiów, nr edycji, rok akademicki)

do dnia:

Uzasadnienie:

Z poważaniem,
.....

Decyzja Kierownika studiów: