

.....
imię i nazwisko słuchaczki/słuchacza

Bytom,

.....
oddział/semestr

.....
nr telefonu

**Dyrektor
Centrum Kształcenia Ustawicznego
im. Wojciecha Korfantego
ul. Powstańców Śl. 10
41-902 Bytom**

Zwracam się z prośbą o dopuszczenie mnie do **egzaminu semestralnego/egzaminów semestralnych w terminie dodatkowym** z n/w przedmiotów:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

.....
czytelny podpis
słuchaczki/słuchacza

Opinia opiekuna oddziału:

.....

Decyzja Dyrektora:

.....