

Warszawa, dnia

imię i nazwisko

nr albumu

rok studiów, kierunek studiów

tel. kontaktowy

e-mail

Dziekan Wydziału Medycznego. Collegium Medicum

.....

PODANIE O PRZYWRÓCENIE TERMINU

Proszę o przywrócenie pierwszego / drugiego terminu* egzaminu z przedmiotu:

1. z dnia

2. z dnia

3. z dnia

4. z dnia

Do egzaminów nie przystąpiłam/łem* z powodu:

.....

.....

Do podania dołączam następujące dokumenty:

1)

2)

3)

* niepotrzebne skreślić

Z poważaniem

.....

data, podpis studenta

Decyzja:

.....

.....

data, podpis wydającego decyzję

Odpowiedź (forma, data, podpis):