

.....
(imię i nazwisko)

Kraków, dnia.....r.

WYDZIAŁ LEKARSKI

Kierunek: Lekarski

Numer albumu:.....

Rok studiów:..... Semestr:.....

Studia stacjonarne

Poziom studiów: studia jednolite magisterskie

Pan
Rektor Uniwersytetu Andrzeja Frycza
Modrzewskiego w Krakowie
Prof. UAFM dr Klemens Budzowski

Zwracam się z uprzejmą prośbą o

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis studenta)

Załączniki do podania:

1.
2.

Uwagi dziekanatu:.....
.....
.....

Decyzja Rektora:

.....
.....
.....
.....

Kraków, dnia

Podpis i pieczęć Rektora:

Potwierdzam odbiór decyzji:.....
(data i podpis studenta)