

.....
(imię i nazwisko)

Kraków, dnia.....r.

WYDZIAŁ LEKARSKI

Kierunek: Lekarski

Numer albumu:.....

Rok studiów:..... Semestr:.....

Studia stacjonarne

Poziom studiów: studia jednolite magisterskie

Prof. UAFM dr Janusz Ligęza
Dziekan Wydziału Lekarskiego
Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego w
Krakowie

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na powtarzanie semestru studiów w semestrze *zimowym/letnim** roku akademickiego oraz przepisanie ocen zgodnie z Regulaminem studiów z powodu

.....
.....

.....
(podpis studenta)

Załączniki do podania:

1.

2.

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

Decyzja Dziekana:

Na podstawie § 39 ust. 1 pkt. 2 oraz § 40 ust. 1 Regulaminu studiów obowiązującego na Uniwersytecie wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na powtarzanie semestru oraz przepisanie ocen.

Uzasadnienie decyzji odmownej:
.....
.....

Kraków, dnia

Podpis i pieczęć Dziekana:

Pouczenie:

Od niniejszej decyzji służy odwołanie do Rektora Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie za pośrednictwem Dziekana Wydziału Lekarskiego w terminie 14 dni od otrzymania decyzji.

Potwierdzam odbiór decyzji:

(data i podpis studenta)

* niepotrzebne skreślić