

.....  
(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 przywrócenie następującego(ych)\* terminu(ów)\*:

**Data egzaminu/zaliczenia,  
na którym student/ka był/a  
nieobecny/a**

Nazwa przedmiotu		
termin I/II* egz/zal *		
termin I/II* egz/zal *		
termin I/II* egz/zal *		
termin I/II* egz/zal *		

Uzasadnienie podania:.....  
.....  
.....

.....  
(podpis studenta)

Załączniki do podania:

1. ....
2. ....

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

**Decyzja Dziekana:**

Na podstawie § 37 ust. 3, 4 oraz ust. 6 Regulaminu studiów obowiązującego na Uniwersytecie wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przywrócenie wyżej wymienionego(ych\*) terminu(ów)\*.

Termin(y)\* wiążący(e)\* studenta:.....

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