

.....  
(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 indywidualną organizację studiów na okres

..... , polegającą na: .....

.....

Uzasadnienie: .....

.....

.....  
(podpis studenta)

Załączniki do podania:

1. ....

2. ....

Uwagi dziekanatu:.....

.....

.....

**Decyzja Dziekana:**

Na podstawie § 13 Regulaminu studiów obowiązującego na Uniwersytecie

(*wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\**) na indywidualną organizację studiów w okresie.....

polegająca na:.....

1) zwolnieniu z obowiązku uczęszczania na niektóre zajęcia obowiązkowe\*,

2) przesunięciu terminów składania egzaminów poza okres wyznaczany harmonogramem sesji egzaminacyjnej\*,

3) zindywidualizowaną formę składania egzaminów i zaliczeń\*,

4) .....

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