..... Kraków, dnia.....r.
(*imię i nazwisko*)

WYDZIAŁ LEKARSKI
Kierunek: Lekarski
Numer albumu:.....
Rok studiów:..... Semestr:.....
Studia stacjonarne
Poziom studiów: studia jednolite magisterskie

Rektor
Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie
Prof. UAFM dr Klemens Budzowski
za pośrednictwem
Dziekana Wydziału Lekarskiego
Prof. UAFM dr Janusza Ligęzy

ODWOŁANIE

Odwołuję się od decyzji Dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego z dnia ..... w sprawie.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(*podpis studenta*)

Załączniki do podania:

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

Uwagi Dziekanatu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opinia/Decyzja Dziekana:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kraków, dnia ..... Podpis i pieczęć Dziekana: .....