

.....
(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 polegającą na przełożeniu terminu realizacji praktyk wakacyjnych w zakresie.....

.....

.....
(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 polegającą na przełożeniu terminu realizacji praktyk wakacyjnych.....

.....

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