Warszawa, dn. ……

**Student/studentka**

……
(imię/ imiona i nazwisko)

……
(nr albumu)

……
(kierunek studiów)

---

……
(specjalność)

……
(tryb i poziom studiów: stacjonarne / niestacjonarne , jednolite mgr / I stopnia / II stopnia)

……
(rok studiów, semestr)

……
(telefon kontaktowy)

Wniosek złożony dn. ……

Nr ewidencyjny:……

……

……

Wydział Farmaceutyczny
(nazwa Wydziału)
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

## WNIOSEK

Proszę o wyrażenie zgody na **warunkowe podjęcie studiów w następnym roku / semestrze ***, w roku akademickim …….....……, przy braku zaliczenia przedmiotu:

……

Uzasadnienie:

……
……
.....

……
podpis studenta/ studentki

---

Na podstawie § …….. pkt…….. Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr …… roku z późniejszymi zmianami,

**wyrażam/nie wyrażam*** zgodę(y) na podjęcie studiów w następnym semestrze/roku *, pod warunkiem zaliczenia przedmiotu objętego wnioskiem w terminie do dnia ……

Data …… Podpis Dziekana ……..

Na podstawie art. 107 § 4 kpa odstąpiono od uzasadnienia decyzji, ponieważ uwzględnia ona w całości żądanie strony.

Data …… Podpis studenta / studentki ……

** Niepotrzebne skreślić.*