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)

……
(tel. kontaktowy)

Wniosek złożony dn. ……

Nr ewidencyjny: ……

……

……

Wydział Farmaceutyczny

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Proszę o wyrażenie zgody na **zmianę terminu zdawania egzaminu** z przedmiotu:

.....

i umożliwienie zdawania egzaminu w najbliższym terminie wyznaczonym przez egzaminatora.

Uzasadnienie:

……

……

……

……

……
podpis studenta/ studentki

Wyrażam zgodę na zmianę terminu zdawania egzaminu.

……
podpis Kierownika jednostki organizacyjnej prowadzącej zajęcia

---

Wyrażam / nie wyrażam* zgodę(y) na zmianę terminu egzaminu, pod warunkiem przystąpienia do egzaminu nie później niż w okresie sesji egzaminacyjnej, w której jest on przewidziany.

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.*