

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:.....

**Dziekan**

.....  
(nazwa Wydziału)

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

---

Na podstawie § 13 ust. 2 Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr 22/2007 z dnia 2 kwietnia 2007 roku z późniejszymi zmianami,

**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. 14 § 2 kpa strona została poinformowana o treści i istotnych motywach decyzji.

Data ..... Podpis studenta / studentki .....

\* Niepotrzebne skreślić.