

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 **warunkowe podjęcie studiów w następnym roku / semestrze ***,
w roku akademickim, przy braku zaliczenia przedmiotu:

.....
Uzasadnienie:

.....
.....

.....
podpis studenta/ studentki

Na podstawie § Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr z dnia,

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

Data Podpis studenta / studentki

* Niepotrzebne skreślić.