

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

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.