Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Wydział Lekarski

Kielce ..... 20.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(rok, kierunek studiów, forma)

.....
(nr albumu)

.....
(kontakt: nr telefony, e-mail)

Dziekan

Wydziału Lekarskiego

.....
(imię i nazwisko)

WNIOSEK

o wyrażenie zgody o skierowanie na powtarzanie semestru/roku studiów*

Uprzejmie proszę o skierowanie mnie na powtarzanie semestru ……/roku studiów* w roku akademickim 20…/20… z powodu niezaliczenia następujących przedmiotów:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Z poważaniem

.....
(podpis studenta)

* niewłaściwe skreślić

OPINIA KIEROWNIKA JEDNOSTKI PROWADZĄCEJ DANY KIERUNEK STUDIÓW

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis kierownika jednostki
prowadzącej dany kierunek studiów)