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 na wpis warunkowy

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na wpis warunkowy na semestr …… w roku akademickim 20…./20…. z powodu niezaliczenia przedmiotu/przedmiotów*:

- ..... prowadzonego przez .....
- ..... prowadzonego przez .....
- ..... prowadzonego przez .....

Prośbę swą motywuję .....
.....
.....

Z poważaniem

…… ..... ……
(podpis studenta)

* niewłaściwe skreślić

OPINIA PROWADZĄCEGO ZAJĘCIA

.....
.....
.....
.....

.....
(data i podpis prowadzącego zajęcia)

OPINIA KIEROWNIKA JEDNOSTKI PROWADZĄCEJ DANY KIERUNEK STUDIÓW

.....
.....
.....
.....

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