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 zaliczenie/egzamin komisyjny

Proszę o wyznaczenie terminu zaliczenia/egzaminu komisyjnego z …… semestru ……roku z roku akademickim 20…/20…. z przedmiotu/przedmiotów*:

1. .....

2. .....

Prośbę swą motywuję .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Z poważaniem

…… .....
(podpis studenta)

---

* forma studiów: stacjonarne, niestacjonarne