|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………  (imię i nazwisko) | Kielce ……………… 20……… |
| ………………………………………………  (wydział) |
| ………………………………………………  (kierunek studiów, rok, poziom, forma) |
| ………………………………………………  (nr albumu) |
| ………………………………………………  (kontakt: nr telefony, e-mail) |

Dziekan

Wydziału Lekarskiego

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

OPINIA KIEROWNIKA JEDNOSTKI PROWADZĄCEJ DANY KIERUNEK STUDIÓW

(data i podpis kierownika jednostki

prowadzącej dany kierunek studiów)