Łódź, dnia ..................................................

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

*nazwisko i imię studenta*

|  |
| --- |
| Podanie złożone dn. ....................... |

*..............................................................*

*rok studiów*

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

*kierunek studiów*

*...........................................................*

*nr albumu*

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

*telefon*

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

*e-mail*

**Pani  
dr hab. n. med. prof. nadzw. Monika Łukomska-Szymańska  
Prodziekan ds. Nauki i Rozwoju Nauczania Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego**

**PODANIE**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przedłużenie sesji poprawkowej ***semestru*** *…… w roku akademickim 20..…/20…..* z powodu niezaliczenia:

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

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

*Wszystkie pozostałe przedmioty obowiązujące w semestrze…………….. mam zaliczone\*.*

**Uzasadnienie:**

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

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

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

................................................... *podpis studenta*

*Załączniki:*

*1*. ...........................................................

2. ...........................................................

*Na podstawie § 19 ust. 2 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego uchwalonego Uchwałą nr 312/2019 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 27 czerwca 2019r.* ***wyrażam zgodę*** */* ***nie wyrażam zgody***

*Data ........................................... Podpis Prodziekana .............................................*

*\*( W przypadku braku zaliczenia: należy wymienić niezaliczone przedmioty)*