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**

Proszę o wyrażenie zgody na ***warunkowe zaliczenie ……. semestru*** *……..* roku studiów w roku akademickim   
  
…… /……***w terminie jednego miesiąca***od dnia rozpoczęcia semestru następującego po warunkowo   
  
zaliczonym semestrze, w związku z nie zaliczeniem przedmiotu/ów: ............................................................................  
  
………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**Uzasadnienie:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

*Załączniki:*

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

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

Opinia **Kierownika przedmiotu/ów**:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Na podstawie § 24 ust. 4, 6 pkt 1 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego uchwalonego Uchwałą nr 312/2019 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 27 czerwca 2019r.* ***wyrażam*** */* ***nie wyrażam zgodę(y****) na warunkowe zaliczenie semestru………..*

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

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