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

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

 *nazwisko i imię studenta*

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

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

 *rok studiów*

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

 *kierunek studiów*

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

 *nr albumu*

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

 *telefon*

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

 *e-mail*

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

**PODANIE**

Proszę o wyrażenie zgody na ***przepisanie oceny z przedmiotu****:…………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………..*

które odbywają się ***w semestrze*** *……….…****w roku akademickim****………………………… z powodu:*

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

……………………………………….
podpis studenta

**Opinia Kierownika przedmiotu:**

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

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

..............................................
*podpis Kierownika przedmiotu*

*Załączniki:*

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

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

*Na podstawie § 44 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego uchwalonego Uchwałą nr 374/2020 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 28 kwietnia 2020r.* ***wyrażam*** */* ***nie wyrażam zgodę(y****) na przepisanie oceny z przedmiotów:……………………………………………………………………………………*

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

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