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 ***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 374/2020 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 28 kwietnia 2020r.* ***wyrażam*** */* ***nie wyrażam zgodę(y****) na warunkowe zaliczenie semestru………..*

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

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