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

*Imię i nazwisko studenta* Łódź, dnia.....................................

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

*Nr albumu*

…………………………………………….

*Wydział / kierunek*

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

*Rok studiów / rodzaj studiów ( st. / nst. )*

………………………………….

*Telefon kontaktowy*

 **Prodziekan Wydziału Lekarskiego**

 **ds. Nauki i Rozwoju Nauczania**

 **Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

 ***prof. dr hab. n.med. Monika Łukomska-Szymańska***

## PODANIE O EGZAMIN KOMISYJNY

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na egzamin komisyjny z przedmiotu:

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

**Uzasadnienie:**

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

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

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

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

………………………………………

 *Podpis studenta*

**Decyzja Prodziekana**

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

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

 *Data, podpis Prodziekana*