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

# *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 warunkowe zaliczenie semestru w terminie jednego miesiąca

Zwracam się z uprzejmą prośbą o warunkowe zaliczenie semestru ……….. ……

w roku akademickim …………………………… z powodu nie zaliczenia przedmiotu/ (ów):

1.…………………………………………………………………..(....ECTS)

2.…………………………………………………………………. (....ECTS)

3.…………………………………………………………………. (....ECTS)

**Uzasadnienie:**

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

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

……………………………..

*Podpis studenta*

**Decyzja/opinia kierownika przedmiotu:**

1. .....................................................................................................................................................................................................

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

*Data, podpis*

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

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

*Data, podpis*

3. .....................................................................................................................................................................................................

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

*Data, podpis*

**Opinia Dziekanatu:**

Student na dzień ................................ uzyskał …......……. punktów ECTS   
w semestrze………………………………. w roku akademickim……..............…

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

*Data, podpis pracownika Dziekanatu*

**Decyzja Prodziekana:**

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

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

*Data, podpis Prodziekana*