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

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

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

*Nr albumu*

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

…………………………………………

*Wydział / kierunek*

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

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

………………………………….

*Telefon kontaktowy*

#

#

**Prodziekan ds. Rozwoju Nauczania Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego**

***dr n.med. Mateusz Radwański***

## Podanie o warunkowe zaliczenie semestru w terminie jednego miesiąca

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

w roku akademickim ……………/……………… z powodu niezaliczenia 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*