……………………………………………………………. Rzeszów, dnia……………………………..

imię i nazwisko

…………………………………… ………………..

nr albumu rok studiów

…………………………………………………………….

kierunek studiów

stacjonarne / niestacjonarne\*

…………………………………………………………….

forma studiów

I stopnia / II stopnia / jednolite magisterskie\*

…………………………………………………………….

poziom studiów

…………………………………………………………….

adres do korespondencji

…………………………………………………………….

nr telefonu, e-mail

**Dziekan Wydziału Medycznego**

**Uniwersytetu Rzeszowskiego**

Proszę o udzielenie zgody na:.

* obniżenie opłaty za czesne w semestrze/roku\* …………….. w roku akademickim …………/………… ze względu na:
  + osiągnięcie wybitnych wyników w nauce,
  + ze względu na trudną sytuację materialną.
* rozłożenie opłaty za czesne na równe miesięczne raty w semestrze/roku\* …………….. w roku akademickim ………/……… płatne:
  + w semestrze **zimowym** do dnia:

1. do 5 listopada …………… roku,
2. do 15 grudnia …………… roku,
3. do 15 stycznia …………… roku,
4. do 15 lutego …………… roku,

* w semestrze **letnim** do dnia:

1. do 15 marca …………… roku,
2. do 15 kwietnia …………… roku,
3. do 15 maja …………… roku,
4. do 5 czerwca …………… roku.

* przesunięcie terminu płatności za ………………………………………………….………………………. do dnia …………………………...

Uzasadnienie:………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………….……………

(podpis studenta)

Rozstrzygnięcie/decyzja\* Dziekana: ………………………………………………………………………………………………………………………..….

……………………………………………….……………

(data i podpis Dziekana)

Załączniki:



\* - niepotrzebne skreślić