……………………………………………………………. 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