……………………………………………………………. 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

**Prorektor ds. Studenckich i Kształcenia UR**

**za pośrednictwem**

**Dziekana Wydziału Medycznego**

**Uniwersytetu Rzeszowskiego**

**Odwołanie od rozstrzygnięcia/decyzji\* Dziekana Wydziału Medycznego UR**

Składam odwołanie od rozstrzygnięcia/decyzji\* Dziekan Wydziału Medycznego UR z dnia ……………………..… roku w sprawie …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………

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

 ……………………………………………….……………

 (podpis studenta)

Załączniki:



\* - niepotrzebne skreślić