……………………………………………………………. 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:

* ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* przywrócenie terminu egzaminu i/lub\* zaliczenia z wpisem warunkowym na kolejny semestr.
* indywidualną organizację studiów w semestrze/roku\* …………….. w roku akademickim ……………/……………
* zmianę trybu studiów ze/z\* stacjonarnych/niestacjonarnych\* na niestacjonarne/stacjonarne\* w semestrze …………….. w roku akademickim ……………/……………
* egzamin/zaliczenie komisyjne z przedmiotu .………………………………………………………………………………………………...… - prowadzący przedmiot ……………………………………………………………………………………………………………..………………...
* wpis warunkowy na semestr …………….. w roku akademickim ……………/…………… z obowiązkiem powtarzania przedmiotu .…………………………………………………………………………………………………………….…
* powtórzenie …………….. semestru studiów w roku akademickim ……………/……………
* urlop długoterminowy w semestrze/roku\* …………….. w roku akademickim ……………/……………
* urlop krótkoterminowy w okresie od dnia ……………………… do dnia ………………………
* wznowienie studiów na …………….. semestrze w roku akademickim ……………/……………
* wydanie duplikatu/repliki\* elektronicznej legitymacji studenckiej

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

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

 ……………………………………………….……………

 (podpis studenta)

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

 ……………………………………………….……………

 (data i podpis Dziekana)

Załączniki:



\* - niepotrzebne skreślić