



Kraków, dnia.....r.

.....  
(imię i nazwisko)

**WYDZIAŁ LEKARSKI I NAUK O ZDROWIU**

Kierunek: Lekarski

Numer albumu:.....

Rok studiów:..... Semestr:.....

Studia stacjonarne

Poziom studiów: studia jednolite magisterskie

**Prof. KAAFm dr Janusz Ligęza**  
**Dziekan Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu**  
**Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza**  
**Modrzewskiego**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na powtarzanie ..... semestru studiów w semestrze *zimowym/letnim\** roku akademickiego ..... oraz przepisanie ocen zgodnie z Regulaminem studiów z powodu .....

.....  
.....

.....  
(podpis studenta)

Załączniki do podania:

1. ....

2. ....

Uwagi dziekanatu: .....  
.....  
.....

**Decyzja Dziekana:**

Na podstawie § 39 ust. 1 pkt. 2 oraz § 40 ust. 1 Regulaminu studiów Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego *wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\** na powtarzanie semestru oraz przepisanie ocen.

Uzasadnienie decyzji odmownej: .....  
.....  
.....

Kraków, dnia .....

Podpis i pieczęć Dziekana: .....

Pouczenie:

Od niniejszej decyzji służy odwołanie do Rektora Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego za pośrednictwem Dziekana Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu w terminie 14 dni od otrzymania decyzji.

Potwierdzam odbiór decyzji: .....

(data i podpis studenta)

\* niepotrzebne skreślić