



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 przywrócenie następującego(ych)\* terminu(ów)\*:

**Data egzaminu/zaliczenia,  
na którym student/ka był/a  
nieobecny/a**

**Nazwa przedmiotu**

termin I/II* egz/zal *	Nazwa przedmiotu	Data egzaminu/zaliczenia, na którym student/ka był/a nieobecny/a
termin I/II* egz/zal *		
termin I/II* egz/zal *		
termin I/II* egz/zal *		
termin I/II* egz/zal *		

Uzasadnienie podania:.....

.....  
.....

.....  
(podpis studenta)

Załączniki do podania:

1. ....
2. ....

Uwagi dziekanatu: .....

.....  
.....

**Decyzja Dziekana:**

Na podstawie § 37 ust. 3, 4 oraz ust. 6 Regulaminu studiów Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego *wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\** na przywrócenie wyżej wymienionego(ych\*) terminu(ów)\*.

Termin(y)\* wiążący(e)\* studenta:.....

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