..... 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

Rektor
Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Prof. KAAFM dr Klemens Budzowski
za pośrednictwem
Dziekana Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu
Prof. KAAFM dr Janusza Ligęzy

ODWOŁANIE

Odwołuję się od decyzji Dziekana Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego z dnia ..... w sprawie.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(*podpis studenta*)

Załączniki do podania:

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

Uwagi Dziekanatu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opinia/Decyzja Dziekana:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kraków, dnia ..... Podpis i pieczęć Dziekana: .....