



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 indywidualną organizację studiów polegającą na przełożeniu terminu realizacji praktyk wakacyjnych w zakresie.....

.....
(podpis studenta)

Załączniki do podania:

1.
2.

Uwagi dziekanatu:

Decyzja Dziekana: Na podstawie § 13 Regulaminu studiów Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego *wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na indywidualną organizację studiów polegającą na przełożeniu terminu realizacji praktyk wakacyjnych.....

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