............................................................... - ............................... Opole, dnia …………… 20……… r. (nazwisko i imię) (nr albumu)

....................................................................................................

( rok studiów, kierunek i forma studiów – stacjonarne/niestacjonarne)

.....................................................................................................

 (telefon kontaktowy , e-mail)

 **Koordynator Kierunku Lekarskiego**

 **Uniwersytetu Opolskiego**

PODANIE O ZALICZENIE KOMISYJNE

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na zaliczenie komisyjne

z przedmiotu……………………………………………..……………………………………

prowadzący zajęcia………………………………….………………………………………..

Uzasadnienie:

………………………………………………..………………………………………………..…………………………………

……………………………………….……………………….………………..……………………………..…………………

…………………………………………………………………..…………………………………….…………………………

 …………………….………………………

 ( podpis)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Decyzja Dziekana

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

Data……………………………. podpis i pieczęć Dziekana……………………………………….….