

Wniosek został złożony w dziekanacie:

(data, podpis i pieczęć pracownika dziekanatu przyjmującego wniosek)

....., dnia.....

Nazwisko i imię:

Nr albumu:

Kierunek:

Specjalność:

Poziom studiów:

Forma studiów:

Data rozpoczęcia studiów:

Rok studiów:

Telefon/e-mail w domenie @365.sum.edu.pl:

Adres do korespondencji:

Dziekan
Wydziału
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

WNIOSEK

Zwracam się z uprzejmą prośbą o reaktywację terminu egzaminu/zaliczenia*

Uzasadnienie:

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

Załączniki:

1. Usprawiedliwienie
- 2.

Podpis studenta/ studentki

Zgodnie z Regulaminem Studiów w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach
wyrażam/nie wyrażam zgodę(y) na reaktywację terminu na dzień

Data i podpis osoby upoważnionej