Siedlce, dnia 20 r.

Imię i nazwisko studenta:   
Nr albumu:   
Rok i kierunek studiów:   
Forma studiów: stacjonarne/niestacjonarne  
Dane kontaktowe(nr telefonu/e-mail):

**Szanowny Pan**

**Dr hab. n. med. Jakub Radziszewski, prof. uczelni**

**Dziekan Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**

**Wniosek o udzielenie warunku krótkoterminowego**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na warunek krótkoterminowy z następujących przedmiotów …………………………………………………………………………………………  
................................................................................................................................................  
…………………………………………………………………………………………………………   
Prośbę swą motywuję ………………………………………………………………………………  
…………………………………………………………………………………………………………  
…………………………………………………………………………………………………………

Z poważaniem:

(podpis wnioskodawcy):.....................................................  
  
Opinia prowadzącego/prowadzących zajęcia: …………………………………………………...  
…………………………………………………………………………………………………………  
  
Podpis prowadzącego/prowadzących zajęcia: ………………………………….