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: ………………………………….