Siedlce, dnia ……………. 20….…. r.

…………………………………………………………………………………………….

*(nazwisko i imię)*

Nr albumu

Rok i kierunek studiów

Tryb studiów: stacjonarne / niestacjonarne

Dane kontaktowe

*………………………………………………………………………………………………………………..……*

*(nr telefonu/e-mail)*

**Szanowny Pan**

**dr hab. n. med. Lubomir Bodnar, prof. uczelni**

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

WNIOSEK
o udzielenie warunku długoterminowego

 Zwracam się z prośbą o wyrażanie zgody na warunek długoterminowy z następujących przedmiotów:

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

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Prośbę swoją motywuję:

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Z poważaniem

 ………………..….………………………………..…………………………

 *(podpis wnioskodawcy)*