Siedlce, dnia ……………. 20…..…. r.

*…………………………………………………*

(nazwisko i imię)

Nr albumu

Rok i kierunek studiów

Tryb studiów: stacjonarne

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 krótkoterminowego**

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

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

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

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

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

Prośbę swoją motywuję:………………………………………………………………………………………………………………

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

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

Z poważaniem

………………..….………………………………..…………………………

*(podpis wnioskodawcy)*

Opinia prowadzącego/prowadzących zajęcia: …………………………………………………..............................

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

*(podpis nauczyciela)*