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

*Imię i nazwisko studenta* Łódź, dnia.....................................

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

*Nr albumu*

…………………………………………….

*Wydział / kierunek*

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

*Rok studiów / rodzaj studiów ( st. / nst. )*

………………………………….

*Telefon kontaktowy*

**Szanowna Pani**

 **Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu**

**ds. Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa**

 **Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Dr hab. n. o zdrowiu profesor uczelni Ewa Borowiak**

## PODANIE O EGZAMIN KOMISYJNY

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na egzamin komisyjny z przedmiotu:

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

**Uzasadnienie:**

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

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

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

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

………………………………………

 *Podpis studenta*

**Decyzja Prodziekana**

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

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

 *Data, podpis Prodziekana*