

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(kierunek i rok studiów)

.....  
(studia: I stopnia/ II stopnia, jednolite magisterskie)

.....  
(forma studiów: stacjonarne/niestacjonarne)

.....  
(tel. kontaktowy)

**Dziekan  
Wydziału Nauk o Zdrowiu  
prof. dr hab. n. zdr. Beata Karakiewicz**

### Podanie

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na warunkowe kontynuowanie toku nauczania na kolejnym roku studiów. W roku akademickim ..... nie zaliczyłam/em **praktyki zawodowej**.

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

*Uzasadnienie prośby*

Z poważaniem

.....  
*(własnoręczny podpis studenta)*

### Decyzja Dziekana

.....  
*(data)*

.....  
*(podpis i pieczęć)*