.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, 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 .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie prośby

Z poważaniem

.....
(własnoręczny podpis studenta)

Decyzja Dziekana

.....
(data) *(podpis i pieczęć)*