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

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

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

*Nr albumu*

…………………………………….

*Wydział / kierunek*

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

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

…………………………………….

*Telefon kontaktowy*

**Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego**

**ds. Oddziału Medycyny Laboratoryjnej**

**dr hab. n.med. Joanna Sikora prof. uczelni**

**PODANIE O POWTARZANIE PRZEDMIOTU**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie przedmiotów:

1) .................................................................................................................................................

z semestru ......... w roku akad. ..................................... ,

2)  .................................................................................................................................................

z semestru ......... w roku akad. ..................................... ,

3)  .................................................................................................................................................

z semestru ......... w roku akad. ..................................... ,

Uzyskano zaliczenia wszystkich przedmiotów objętych dotychczasowym planem studiów z wyjątkiem wymienionych wyżej. Zobowiązuję się wnieść wymaganą opłatę za powtarzany przedmiot w wymaganym terminie. Niniejszym oświadczam również, że nie ma innych zaległości wobec Uczelni.

**Uzasadnienie:**

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

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

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

 *Podpis studenta*

**Opinia Kierownika Przedmiotu:**

1) .................................................................................................................................................

z semestru ......... w roku akad. ..................................... ,

powtarzanie zajęć//powtórzenie egzaminu/zaliczenia\*

opinia:

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

2)  .................................................................................................................................................

z semestru ......... w roku akad. ..................................... ,

powtarzanie zajęć//powtórzenie egzaminu/zaliczenia\*

opinia:

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

3)  .................................................................................................................................................

z semestru ......... w roku akad. ..................................... ,

powtarzanie zajęć//powtórzenie egzaminu/zaliczenia\*

opinia:

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

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

 *Data, podpis Kierownika Przedmiotu*

**Decyzja Prodziekana:**

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

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

 *Data, podpis Prodziekana*