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

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

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

*Nr albumu*

…………………………………………….

*Wydział / kierunek*

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

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

………………………………….

*Telefon kontaktowy*

**Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego**

**ds. Kierunku Farmacja**

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

  *Nazwa wydziału*

 **dr hab. prof. UM. Bogusława Pietrzak**

 *tyt./stop. naukowy, nazwisko i imię*

**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*