

Student(ka)

Warszawa, dnia .....

.....  
(imię/ imiona i nazwisko)

.....  
(nr albumu)

.....  
(kierunek studiów, specjalność)

.....  
(forma studiów–stacj./niestacj., forma kształcenia-jednolite mgr/I-go st./II-go st.)

.....  
(rok studiów, semestr)

.....  
(telefon kontaktowy)

Wniosek złożony dn. ....

Nr ewidencyjny:.....

**Dziekan**

.....  
(nazwa Wydziału)

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

### WNIOSEK

Proszę o wyrażenie zgody na **zmianę terminu zdawania egzaminu** z przedmiotu:

.....  
i umożliwienie zdawania egzaminu w najbliższym terminie wyznaczonym przez egzaminatora.

Uzasadnienie: .....

.....  
podpis studenta(ki)

Wyrażam zgodę na zmianę terminu zdawania egzaminu.

.....  
podpis Kierownika jednostki organizacyjnej prowadzącej zajęcia

Na podstawie § ..... Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr ..... z dnia .....

**wyrażam** zgodę na zmianę terminu egzaminu, pod warunkiem przystąpienia do egzaminu nie później niż w okresie sesji egzaminacyjnej, w której jest on przewidziany.

Na podstawie art. 107 § 4 kpa odstąpiono od uzasadnienia decyzji, ponieważ uwzględnia ona w całości żądanie strony.

.....  
data i podpis Dziekana

**nie wyrażam** zgody na zmianę terminu egzaminu.

Uzasadnienie: .....

.....  
data i podpis Dziekana

Od decyzji przysługuje odwołanie do Rektora WUM w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

Otrzymałem(am) dnia .....

.....  
data i podpis studenta(ki)