|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Imię i nazwisko studenta |  | miejscowość, data |
|  |
| Rok i stopień studiów |
|  |
| Nr albumu  |
|  |
| Adres do korespondencji  |
|  |
| Nr telefonu; e-mail |

**Pan/Pani**

**…………………………………………………………….**

**Prodziekan ds. Studenckich i Kształcenia**

**Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG i GUMed**

# PODANIE

**o przedłużenie zaliczenia ćwiczeń**

 Proszę o wyrażenie zgody na przedłużenie zaliczenia ćwiczeń laboratoryjnych /

audytoryjnych\* z ……………………………………………….……………………………………………………………………..…………

prowadzonych przez …………………………………………………………………………………………………….………………....

w sesji egzaminacyjnej semestru …………………..………………. w roku akademickim …………………………………

z powodu niedostatecznego opanowania materiału.

 **………..……………………. ………………………**

 **Zgoda prowadzącego** Podpis studenta

 **Decyzja Dziekana: …………………………………………………………**

 **……………………………………………………………..**

 **podpis**

*\*właściwe podkreślić*