…….. ……..……
/Imię i nazwisko/ /miejscowość / data/

…….
/telefon kontaktowy/

…….
/rok studiów, kierunek, poziom studiów /

…….
/studia stacjonarne / niestacjonarne/

Nr albumu .....

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Rafał Bobiński
Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Bielsko-Bialskiego

W imieniu …….. roku kierunku …….. studia stacjonarne/niestacjonarne I/II stopnia zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie egzaminu z przedmiotu ……..……..……..
przed podstawową sesją egzaminacyjną w terminie……..…….. o godzinie…….

..…….....
/czytelny podpis studenta/

..…….....
/zgoda osoby odpowiedzialnej za przeprowadzenie egzaminu/

Decyzja:

……

……

_____
Data i podpis Dziekana