

Warszawa, dnia.....

.....
nazwisko i imię /numer albumu/

.....
semestr, rok, kierunek

.....
tryb studiów

.....
numer telefonu

**Dziekan Wydziału Rehabilitacji
Wyższej Szkoły Rehabilitacji
mgr Lidia Nowińska**

PODANIE O PRZYWRÓCENIE TERMINU EGZAMINU*

Proszę o przywrócenie terminu.....egzaminu z przedmiotu:

- 1).....z dnia.....
- 2).....z dnia.....
- 3).....z dnia.....

Do egzaminów nie przystąpiłem/łam z powodu:

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

Do podania załączam następujące dokumenty:

- 1).....
- 2).....

.....
podpis studenta

Uwagi pracownika Dziekanatu

.....
.....

DECYZJA DZIEKANA

Warszawa, dnia.....

.....
.....

.....
podpis Dziekana

* Podanie należy złożyć w terminie do 7 dni od ustalonego terminu egzaminu