.................................................................................. Kraków, dnia..................................r.

 (*imię i nazwisko*)

**WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

Kierunek: …………………………….

Numer albumu:.....................................

Rok studiów:............ Semestr:..............

Studia stacjonarne / niestacjonarne

Poziom studiów: studia I stopnia / II stopnia

**Pan**

**Rektor Uniwersytetu**

**Andrzeja Frycza Modrzewskiego**

**Prof. UAFM dr Klemens Budzowski**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o ......................................................................................................................

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

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

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

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

 (*podpis studenta*)

Załączniki do podania:

1. .......................................................
2. .......................................................

Uwagi dziekanatu:.......................................................................................................................................................

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

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

**Decyzja Rektora**:

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

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

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

Kraków, dnia ........................... Podpis i pieczęć Rektora: ...................................................................

Potwierdzam odbiór decyzji:.......................................................................................................................................

 (*data i podpis studenta*)