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

(*imię i nazwisko*)

**WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

Kierunek: …………………………….

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

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

Studia ………………………………...

Poziom studiów: ……………………..

Prof. UAFM dr n.med. Grażyna Dębska

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu

# Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie duplikatu *legitymacji studenckiej*.

Uzasadnienie:........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

(*podpis studenta*)

Załączniki do podania:

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

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

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

**Decyzja Dziekana**: Na podstawie § 4 Regulaminu studiów Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego *wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*\* na wydanie duplikatu *legitymacji studenckiej.*

Uzasadnienie decyzji odmownej: ...............................................................................................................................

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

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

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

Pouczenie:

Od niniejszej decyzji służy odwołanie do Rektora Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego za pośrednictwem Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu w terminie 14 dni od otrzymania decyzji.

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

(*data i podpis studenta*)

Wyrażam zgodę na ogłoszenie moich danych osobowych zawartych w zagubionym dokumencie zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r.Dz.U.1997 Nr 1333 poz.883.

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

\*niepotrzebne skreślić (*data i podpis studenta*)