|  |  |
| --- | --- |
| *Imię i nazwisko, nr albumu*  *Kierunek, rok i stopień studiów*  *Tel. kontaktowy* | Lublin, *Data* |

**Prodziekan ds. studenckich**

Wydziału Zarządzania PL

dr inż. Marta Cholewa-Wiktor

# PODANIE

Proszę o zgodę na przedłużenie sesji egzaminacyjnej.

Rok akademicki: *Rok akad.* Semestr: *Wybierz*

Przedmiot: *Pełna nazwa i rodzaj zajęć* Rodzaj zaliczenia: *Wybierz*

Tryb zmiany: *Wybierz element.* Nr terminu *Nr*

**Uzasadnienie:**

*Tekst uzasadnienia*

*……………………………………………*

*(czytelny podpis studenta)*

## Uwagi Dziekanatu

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………

## Decyzja Prodziekana ds. studenckich

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\*

………………..…………………………..

*Prodziekan ds. studenckich*