Warszawa, dnia ..............................

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

imię i nazwisko

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

rok studiów numer albumu

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

kierunek studiów

studia stacjonarne/niestacjonarne

**Dziekan Wydziału**………………………

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

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

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na rozłożenie sesji egzaminacyjnej w czasie\* z przedmiotów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu** | **Forma**(zaliczenie; egzamin; konwersatorium; laboratoria) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

\* Przez rozłożenie sesji w czasie rozumie się możliwość przełożenia wybranych egzaminów/zaliczeń
z pierwszego terminu sesji egzaminacyjnej na termin drugi z zachowaniem prawa zdawania egzaminów/zaliczeń pierwszego terminu.

Opinia Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych

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

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

 podpis studenta

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody

 .………………………………..…......

 (pieczęć i podpis Dziekana)

Warszawa, dnia....................................