Warszawa, dnia ………………………………

…………………………………………….

imię i nazwisko

**Dziekan Wydziału**

…………………… …………………… ………………………………………………………

numer albumu rok studiów

………………………………………………………

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

kierunek studiów

studia stacjonarne / niestacjonarne\*

**Wniosek o rozłożenie sesji egzaminacyjnej w czasie**

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

Nazwa przedmiotu: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko prowadzącego: ………………………………………………………………………………………………………….

Data i godzina zaliczenia: ……………………………………………………………………………………………………………………

Forma zajęć: wykład laboratoria

ćwiczenia konwersatorium

Forma zaliczenia: odpowiedź ustna egzamin na platformie Moodle

odpowiedź pisemna

……………………………………………

podpis studenta

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* 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: …………………………………………………………………………..

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

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

Odpowiedź Dziekana: …………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody

………………………………………………………… …………………………………………………………

pieczęć i podpis Dziekana pieczęć i podpis Pełnomocnika

ds. Osób Niepełnosprawnych