............................................................................. Poznań, dnia .............................

imię i nazwisko studenta

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

rok studiów, stopień, kierunek, studia stacjonarne/ niestacjonarne

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

nr telefonu/ adres e-mail

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

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

adres korespondencyjny

***Sz. P.***

***Prof. dr hab. Ryszard Marciniak***

*Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu*

*Uniwersytetu Medycznego*

*im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

**Prośba o przepisanie oceny**

Zwracam się z prośbą o przepisanie oceny/zaliczenia z przedmiotu:

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

Z ww. przedmiotu uzyskałam/-em zaliczenie na kierunku …………………………………………………………………………………………….. w roku akademickim …………./……………., nazwa wydziału, uczelni ………………………………………………………………………………….

forma zaliczenia…………………………………….

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

 czytelny podpis studenta

**Opinia koordynatora zajęć**

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

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

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

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

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

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

 podpis koordynatora zajęć

# Decyzja Dziekana

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

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

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