

Opole, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
nr albumu

.....
kierunek studiów

.....
moduł

.....
adres

.....
nr telefonu

**Dziekan
Wydziału Teologicznego
Uniwersytetu Opolskiego**

PODANIE O PRZYWRÓCENIE PRAWA DO EGZAMINU/ZALICZENIA*

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przywrócenie prawa do:
egzaminu/egzaminów* z

.....

zaliczenia/zaliczeń* z

.....

Prośbę swoją uzasadniam:

.....

.....

.....

Załączniki:

- 1)
- 2)

.....
podpis studenta

Decyzja Dziekana:	
Wyrażam zgodę	Nie wyrażam zgody
..... data i podpis Dziekana data i podpis Dziekana

*) niepotrzebne skreślić