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

*Imię i nazwisko studenta* Łódź, dnia.....................................

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

*Nr albumu*

…………………………………………….

*Wydział / kierunek*

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

*Rok studiów / rodzaj studiów ( st. / nst. )*

*......................................................................*

*Grupa dziekańska*

………………………………….

*Telefon kontaktowy*

**Prodziekan ds. Kształcenia - Kierownik**

**Oddziału Nauk Biomedycznych**

**Wydziału Lekarskiego**

*Nazwa wydziału*

*tyt./stop. naukowy, nazwisko i imię*

**PODANIE O ZMIANĘ PRZEDMIOTU DO WYBORU**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na zmianę przedmiotu do wyboru:

z ……………………………………………………....................................................................

na………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………

*Podpis studenta*

**Decyzja Prodziekana:**

…………………………………………………………………………………………………

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

*Data, podpis Prodziekana*