

**Student(ka)**

Warszawa, dnia .....

.....  
(imię/ imiona i nazwisko)  
.....  
(nr albumu)  
.....  
(kierunek studiów, specjalność)  
.....  
(forma studiów–stacj./niestacj., forma kształcenia-jednolite mgr/I-go st./II-go st.)  
.....  
(rok studiów, semestr)  
.....  
(telefon kontaktowy)

Wniosek złożony dn. ....
Nr ewidencyjny:.....

**Dziekan**

.....  
.....  
(nazwa Wydziału)  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

**WNIOSEK**

Proszę o wyrażenie zgody na **zaliczenie komisyjne / egzamin komisyjny\*** z przedmiotu:

Uzasadnienie: .....

.....  
podpis studenta(ki)

---

Na podstawie § ..... Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr ..... z dnia .....

**wyrażam** zgodę na zaliczenie komisyjne / egzamin komisyjny\*.

Na podstawie art. 107 § 4 kpa odstąpiono od uzasadnienia decyzji, ponieważ uwzględnia ona w całości żądanie strony.

.....  
data i podpis Dziekana

**nie wyrażam** zgody na zaliczenie komisyjne / egzamin komisyjny\*.

Uzasadnienie: .....

.....  
data i podpis Dziekana

Od decyzji przysługuje odwołanie do Rektora WUM w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

Otrzymałem(am) dnia .....  
data i podpis studenta(ki)

\* *niepotrzebne skreślić*