Lublin, dnia……………………….…………

.…………………………………………..

 *imię i nazwisko studenta*

…………………………………………..

 *rok, kierunek, rodzaj studiów, stopień*

…………………………………………...

 *numer albumu*

…………………………………………...

 *telefon kontaktowy/email*

**Dziekan**

**Wydziału Pedagogiki i Psychologii
UMCS w Lublinie**

***Podanie o przywrócenie terminu egzaminu/zaliczenia***

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na przywrócenie terminu egzaminu/zaliczenia\* z przedmiotu .........................................................……………………………………………… prowadzonego przez ……………………..………………………………………………………….. w semestrze zimowym/letnim\* roku akademickiego ………../………… .

**Uzasadnienie (wraz z załącznikami)\*\*:**

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

….………..…..………………… */czytelny podpis Studenta/*

***\* niepotrzebne skreślić***

***\*\* należy udokumentować okoliczności, z powodu których Student nie składał egzaminu/zaliczenia w pierwszym terminie (np. choroba, poważny wypadek losowy itp.)***

***Decyzja***

Na podstawie *Regulaminu studiów UMCS* **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na przywrócenie terminu egzaminu/zaliczenia\* z w/w przedmiotu.

 Lublin, dnia

 *………………………………*

 *podpis Dziekana*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zapoznałem/am się z decyzją  ……………………………
 /data i czytelny podpis Studenta/