Łódź, dn.

**imię i nazwisko: ……………………………………**

**Kierunek:**

**Specjalność:**

**Studia stacjonarne/niestacjonarne\*, I stopnia / II stopnia\***

rok studiów

nr albumu

adres do korespondencji, telefon

Prodziekan Wydziału Filologicznego UŁ

**DOTYCZY PRZESUNIĘCIA SESJI EGZAMINACYJNEJ**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody **na przesunięcie sesji egzaminacyjnej**

do dnia:

z powodu:

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

*podpis studenta/-ki*

**Decyzja Prodziekana Wydziału Filologicznego UŁ:**

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\* na przesunięcie sesji egzaminacyjnej do dnia

Łódź, d n.

*podpis Prodziekana*

Decyzję ogłoszono studentowi w dniu

*podpis studenta/-ki*

*niepotrzebne skreślić*