***Załącznik nr 3 do Procedury* WSZJK-CMN/04 wersja 01**

**Wniosek recenzenta o wyrażenie zgody na nieuczestniczenie w egzaminie dyplomowym**

Dziekan

Instytutu Nauk o Zdrowiu

……………………………………..………..

Wnioskuję o uznanie nieobecności w egzaminie dyplomowych grupy seminaryjnej na kierunku………………………………………………w dniu ……………………………………….,

z powodu………………………………………………………………………………………………

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie egzaminu bez mojego udziału

……………………………………………………

Data i podpis

……………………………………………………………………………………………………………

Opinia Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………..

Data i podpis