

Łódź, dn. ....

.....  
*imię i nazwisko*

**Wydział Zarządzania UŁ**

**Kierunek:** .....

**Specjalność:**.....

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

.....  
*rok studiów*

.....  
*nr albumu*

.....  
*adres do korespondencji, telefon*

**Prodziekan Wydziału Zarządzania 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 Zarządzania UŁ:**

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

Łódź, dn. ....

.....  
*podpis Prodziekana*

Decyzję ogłoszono studentowi w dniu .....

.....  
*podpis studenta/-ki*

\* *niepotrzebne skreślić*