………………………………………………............. Olsztyn …………………………

 Imię i Nazwisko

………………………………………………………………

Kierunek , specjalność, forma i rok studiów

………………………………………………………………

................................................................

Adres do korespondencji

 Kierownik Katedry ................................................................
 ................................................................

 Wydział Teologii UWM w Olsztynie

 Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na **komisyjne sprawdzenie wiadomości**
z przedmiotu……………………………………………………………………………………………………........... realizowanego

u ……………………………………………………………………………..

 Prośbę swą motywuję ………………………………………………………………………………………………...........…

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

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

 …………………………………………….. podpis studenta

 **Decyzja kierownika**: ……………………………………

W załączeniu:

1. .....................................................................
2. .....................................................................