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