\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Warszawa, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr albumu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres mailowy

# Dyrekcja Szkoły Języków Obcych UW

Zwracam się z uprzejmą prośbą o uwzględnienie problemów wynikających z mojej sytuacji zdrowotnej podczas egzaminu certyfikacyjnego z języka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
na poziomie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

W szczególności wnioskuję o następujące zmiany:

-

-

-

-

-

Dokumentacja, potwierdzająca problemy zdrowotne, będąca podstawą wnioskowanego rozwiązania, znajduje się w Biurze ds. Osób Niepełnosprawnych UW.

Z poważaniem,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis studenta