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

Imię i nazwisko

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

Nr albumu

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

Adres e-mail

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

PESEL

# Przewodniczący Rady Koordynacyjnej

# ds. Nauczania Języków Obcych

# i Certyfikacji Biegłości Językowej 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:

1. egzamin pisemny:

-

-

-

-

-

1. egzamin ustny:

-

-

-

-

-

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

Z wyrazami szacunku,

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

 Podpis studenta