

Received / Otrzymano.....

Signature / Podpis.....

Łódź, date / dnia.....

Faculty of Medicine

Wydział Lekarski

Program

Kierunek studiów

**APPLICATION FOR FEE EXEMPTION FOR EDUCATIONAL SERVICES
ASSOCIATED WITH UNIVERSITY EDUCATION IN ENGLISH LANGUAGE
WNIOSEK O ULGĘ W OPŁACIE ZA USŁUGI EDUKACYJNE ZWIĄZANE
Z KSZTAŁCENIEM NA STUDIACH W JĘZYKU ANGIELSKIM**

Student's data:*Dane studenta:*

Name and Surname.....

Imię i nazwisko

Student ID number.....

nr albumu

Postal address.....

Adres do korespondencji

Phone number / e-mail address.....

*Numer telefonu / e-mail*Application aim (choose appropriate):*Cel wniosku (wybrać właściwe):*

- ☐ partial exemption from fees / zwolnienie z opłat w części

Brief justification (write 4-5 sentences):*Krótkie uzasadnienie (napisać 4-5 zdań)*

I would like to request for the partial exemption from fees due to completion of the
Practical Clinical Training (speciality selected by the student) abroad.

I have completed the training in the field of in the winter/ summer* semester of
academic year

I have provided all requested documents and passed the final exam.

*Proszę o częściowe zwolnienie z opłat czesnego w związku z ukończeniem praktycznego nauczania klinicznego
specjalność wybrana przez studenta zagranicą.*

Ukończyłem/łam kurs w specjalności ... w semestrze zimowym/letnim roku akademickim.

Dostarczyłem/łam wszystkie wymagane dokumenty i zdałem/łam egzamin końcowy.

.....
Student's signature/ Podpis studenta



To be filled by the Dean's Office:

Wypełnia pracownik Działu Obsługi Studenta

Enrollment date; last credited year of study.....

Data rozpoczęcia studiów ostatni zaliczony rok studiów

GPA of the last year of study.....

Średnia z poprzedniego roku studiów

Place and dates of the elective.....

Miejsce i terminy fakultetu

Reduction of the tuition fee for the part of the study program at MUL conducted abroad:EUR

Zniżka w czesnym za część programu studiów odbytą zagranicą

I confirm/ do not confirm student completed the Practical Clinical Training (specialty selected by the student) abroad and passed the exam.

Potwierdzam/ nie potwierdzam, że student ukończył praktyczne nauczanie kliniczne (specjalność wybrana przez studenta) za granicą i zdał egzamin.

.....
.....

.....
Date, signature and stamp of the Dean's Office employee

Data, podpis i pieczętka pracownika dziekanatu

Financial information / *informacja dotycząca płatności*

- ☐ has fulfilled all the payments for the previous academic year
nie zalega z opłatami za poprzedni rok
- ☐ has not fulfilled all the payments for the previous academic year
zalega z opłatami za poprzedni rok

.....
Date and signature of the Financial Office employee

Data, podpis i pieczętka pracownika Dziekanatu

Student Government representative's review:

Opinia przedstawiciela Samorządu Studenckiego:

- ☐ I support the application / *popieram wniosek*
- ☐ I do not support the application / *nie popieram wniosku*

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

.....
Date and signature of the Student Government representative

Data i podpis przedstawiciela Samorządu Studenckiego