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