

\_\_\_\_\_  
(studento vardas, pavardė, reg. numeris)

\_\_\_\_\_  
(fakultetas, studijų programa, kursas, grupė)

\_\_\_\_\_  
(telefono numeris, elektroninio pašto adresas)

Lietuvos sveikatos mokslų  
universiteto Rektoriui

## P R A Š Y M A S

\_\_\_\_\_  
(data)

Kaunas

### **Dėl akademinų skolų likvidavimo**

Prašau leisti \_\_\_\_\_ kartą perlaikyti \_\_\_\_\_ kurso \_\_\_\_\_ semestro

\_\_\_\_\_ dalyko/modulio įskaitą/egzaminą iki

\_\_\_\_\_  
(nurodyti datą)

PRIDEDAMA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(studento parašas)

\_\_\_\_\_  
(studento vardas, pavardė)

TARPININKAUJU:

Fakulteto dekanas(-ė)

\_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė, parašas)