**DÉKÁNI KÉRELEM**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Név:** | | | | | | |
| **Szak:** | **OLKDA / ODA / MB / TT / KLK / SZFORD** | | **Évfolyam:** |  | **Kezdés éve:** |  |
| **Kérelem tárgya:** | | | | | | |
| **A kérelem megfogalmazása rövid indoklással:** | | | | | | |
| **Dátum:** | | **Iktatószám:** | | | | |
| **Aláírás:** | | **Mellékletek száma:** | | | | |

**Általános Orvostudományi Kar**