DANE:…………………………………………….…

……………………………..…………………………

………………………………………………….…...

PESEL:………………………………………..…….

INSTYTUT TRANSPORTU SAMOCHODOWEGO WARSZAWA

UL.JAGIELOŃSKA 89, 03-301 WARSZAWA

PROŚBA O ZMIANĘ TERMINU EGZAMINU

BARDZO PROSZĘ O ZMIANĘ TERMINU EGZAMINU

Z DNIA …………………………………………………………..………… W …………………………………………….

NA EGZAMIN ,KTÓRY ODBĘDZIE SIĘ DNIA…………………………….. W …………………………………………

NIE MOGĘ UCZESTNICZYĆ W EGZAMINIE WYZNACZONYN PRZEZ PAŃSTWA Z POWODÓW OSOBISTYCH.

POZDRAWIAM

……………………………………………..

DATA I PODPIS CZYTELNY