|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………  (imię i nazwisko) | Kielce ……………… 20……… |
| ………………………………………………  (wydział) |
| ………………………………………………  (kierunek studiów, rok, poziom, forma) |
| ………………………………………………  (nr albumu) |
| ………………………………………………  (kontakt: nr telefony, e-mail) |

Dziekan

Wydziału …………………………………

…………………………………………….

(imię i nazwisko)

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na zmianę kierunku studiów

Proszę o przeniesienie z:

(wydział, kierunek)

(poziom\*, forma studiów\*\*, rok, semestr)

na :

(wydział, kierunek)

(poziom\*, forma studiów\*\*, rok, semestr)

Prośbę swą motywuję

Z poważaniem

(podpis studenta)

\*    poziom studiów: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie

\*\*  forma studiów: stacjonarne, niestacjonarne