

Warszawa, dn.

Student/studentka

.....
(imię/ imiona i nazwisko)
.....
(nr albumu)
.....
(kierunek studiów)
.....
(specjalność)
.....
(tryb i poziom studiów: stacjonarne / niestacjonarne , jednolite mgr / I stopnia / II stopnia)
.....
(rok studiów, semestr)
.....
(telefon kontaktowy)

Wniosek złożony dn.
Nr ewidencyjny:.....

Dziekan

.....
.....
(nazwa Wydziału)
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na **przeniesienie na studia stacjonarne**,
na semestrroku. W okresie dwóch ostatnich lat studiów / ostatnim roku studiów *
uzyskałem(am) średnią ocen egzaminacyjnych

.....
podpis studenta/ studentki

Potwierdzam wysokość średniej ocen egzaminacyjnych, uprawniającej do przeniesienia

.....
podpis pracownika Dziekanatu

Na podstawie § 21 Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr 22/2007 z dnia 2 kwietnia 2007 roku z późniejszymi zmianami,

wyrażam/ nie wyrażam * zgodę(y) na przeniesienie ze studiów niestacjonarnych na studia stacjonarne.

Data Podpis Dziekana

Na podstawie art. 14 § 2 kpa strona została poinformowana o treści i istotnych motywach decyzji.

Data Podpis studenta / studentki

* Niepotrzebne skreślić.