

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, na który student/ka chce się przenieść)
za pośrednictwem

Dziekana

.....

.....
(nazwa Wydziału, na którym student/ka studiuje)
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Proszę o wyrażenie zgody na **przeniesienie** mnie

z kierunku **specjalność**

na kierunek **specjalność**

Uzasadnienie:

.....
.....

.....
podpis studenta/ studentki

Na podstawie § Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr z dnia,

wyrażam / nie wyrażam * zgodę(y) na zmianę kierunku studiów.

Data Podpis Dziekana

wyrażam / nie wyrażam * zgodę(y) na zmianę kierunku studiów.

Data Podpis Dziekana

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

Data Podpis studenta / studentki

* Niepotrzebne skreślić.