

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 prowadzącego kierunek, na którym student/ka chce studiować)  
za pośrednictwem

**Dziekana**

.....  
(nazwa Wydziału prowadzącego kierunek podstawowy studenta/ki)  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

**WNIOSEK**

Proszę o wyrażenie zgody na **podjęcie studiów, poza moim kierunkiem podstawowym, na**

**kierunku** ..... **specjalności** .....

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 podjęcie studiów, poza kierunkiem podstawowym, na kierunku / specjalności objętym/ej wnioskiem.

Data ..... Podpis Dziekana .....

**wyrażam / nie wyrażam** \* zgodę(y) na podjęcie studiów, poza kierunkiem podstawowym, na kierunku / specjalności objętym/ej wnioskiem.

Data ..... Podpis Dziekana .....

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

Data ..... Podpis studenta / studentki .....

\* Niepotrzebne skreślić.