

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 podstawowy studenta/teki)

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

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

kierunku **specjalności**

W
(nazwa Uczelni)

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 wybranym kierunku / specjalności we wskazanej Uczelni.

Data Podpis Dziekana

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

Data Podpis studenta / studentki