

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 ..... semestr ..... roku. 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 § ..... Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr ..... z dnia .....,

**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.