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:……

……

……

Wydział Farmaceutyczny
(nazwa Wydziału prowadzącego kierunek podstawowy studenta/tki)
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 …….. roku z późniejszymi zmianami,

wyrażam / nie wyrażam* zgodę(y) na podjęcie studiów, poza kierunkiem podstawowym, na wybranym kierunku / specjalności we wskazanej Uczelni.

Data …… Podpis Dziekana ……..……

Na podstawie art. 107 § 4 kpa odstąpiono od uzasadnienia decyzji, ponieważ uwzględnia ona w całości żądanie strony.

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

** Niepotrzebne skreślić.*