Warszawa, dn. ……

Student/studentka

……
(imię/imiona i nazwisko)

……
(nr albumu)

……
(Uczelnia)

……
(Wydział)

……
(kierunek / specjalność studiów)

……
(tryb i poziom studiów: stacjonarne / niestacjonarne , jednolite / I stopnia / II stopnia)

……
(rok studiów / semestr)

……
(adres zamieszkania)

……
(telefon kontaktowy)

Wniosek złożony dn. ……

Nr ewidencyjny: ……

……..

……..

Wydział Farmaceutyczny

(nazwa Wydziału)

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Proszę o wyrażenie zgody na **przeniesienie mnie do Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,**

na kierunek: …….…… specjalność …….,

studia stacjonarne / niestacjonarne *, jednolite magisterskie / I stopnia / II stopnia *,

na semestr …… roku ……..

Uzasadnienie:

……

……

……

……

……

……

……
podpis studenta/ studentki

Załączniki:

1. Karta przebiegu studiów (z liczbą godzin, punktami ECTS, podpisem dziekana) lub wypis z indeksu
2. Zaświadczenie z dziekanatu potwierdzające średnią ocen egzaminacyjnych z każdego roku studiów i liczbę punktów uzyskanych podczas kwalifikacji na studia
3. ……

** Niepotrzebne skreślić.*