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, na który student/tka chce się przenieść)

za pośrednictwem

Dziekana

……

Wydział Farmaceutyczny
(nazwa Wydziału, na którym student/tka studiuje)

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Proszę o wyrażenie zgody na **przeniesienie** mnie

z kierunku …….. **specjalność** ……

na kierunek …… **specjalność** ……

Uzasadnienie:

……

……

……
podpis studenta/ studentki

Na podstawie § ……Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr ……..z późniejszymi zmianami,

wyrażam / nie wyrażam* zgodę(y) na zmianę kierunku studiów.

Data …… Podpis Dziekana ……..

wyrażam / nie wyrażam* zgodę(y) na zmianę kierunku studiów.

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.*