

**Student(ka)**

.....  
(imię/ imiona i nazwisko)

.....  
(nr albumu)

.....  
(kierunek studiów, specjalność)

.....  
(forma studiów–stacj./niestacj., forma kształcenia-jednolite mgr/I-go st./II-go st.)

.....  
(rok studiów, semestr)

.....  
(telefon kontaktowy)

Warszawa, dnia .....

Wniosek złożony dn. ....

Nr ewidencyjny:.....

**Dziekan**

.....  
(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(ki)

**Załączniki:**

1. Karta obiegu 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. Zgoda Dziekana Uczelni, z której student chciałby się przenieść.
4. ....

\*niepotrzebne skreślić