

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