Uniwersytet
Jana Kochanowskiego
w Kielcach
Wydział Lekarski

Kielce …… 20……

……
(imię i nazwisko)

……
(rok, kierunek studiów, forma)

……
(nr albumu)

……
(kontakt: nr telefony, e-mail)

Dziekan

Wydziału Lekarskiego

……
(imię i nazwisko)

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na zmianę formy studiów

Proszę o przeniesienie z:

.....

na:

.....
(rok, semestr, kierunek studiów, forma studiów*)

Prośbę swą motywuję .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Z poważaniem

……
(podpis studenta)

---

* forma studiów: stacjonarne, niestacjonarne