|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………  (imię i nazwisko) | ……………… 20……… |
|  |
|  |
| ………………………………………………  (kontakt: nr telefony, e-mail) |

**Dziekan**

**Collegium Medicum**

**prof. dr hab. Marianna Janion**

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na przeniesienie z innej/do innej\*\*\* uczelni

Proszę o przeniesienie z:

(kierunek)

(poziom\*, forma studiów\*\*, rok, semestr)

na :

(kierunek)

(poziom\*, forma studiów\*\*, rok, semestr)

Prośbę swą motywuję

Z poważaniem

(podpis studenta)

\*    poziom studiów: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie

\*\*  forma studiów: stacjonarne, niestacjonarne

\*\*\* niewłaściwe skreślić