|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………  (imię i nazwisko) | Piotrków Trybunalski, ……………… 20……… |
| ………………………………………………  (kierunek studiów, rok, poziom, forma) |
| ………………………………………………  (nr albumu) |
| ………………………………………………  (kontakt: nr telefony, e-mail) |

**Dziekan**

**Wydziału Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu**

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na zmianę formy studiów

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