|  |  |
| --- | --- |
| …………………….…………………………………  (imię i nazwisko) | Piotrków Trybunalski , dnia ………………………. |
|  |
| ………………………………..………………………  (kierunek studiów, rok, poziom, forma) |
|  |
| …………………………………….…………………  (nr albumu) |
|  |
| …………………………………….…………………  (kontakt: nr telefonu) |

**Dziekan**

**Wydziału Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu**

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na indywidualną organizację studiów

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na odbywanie studiów w/g indywidualnej organizacji studiów:

* w roku akademickim 20…/20….

Prośbę swą motywuję

Z poważaniem

.......................................................

(podpis studenta)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DECYZJA DZIEKANA

……….................................................

(podpis Dziekana)