Siedlce, dnia 20 r.

Nazwisko i imię:

Nr albumu:

Kierunek i rok studiów:

Tryb studiów: stacjonarne

Adres (nr kodu pocztowego, miejscowość):

Adres (ulica, nr domu/mieszkania):

Dane kontaktowe (nr telefonu/e-mail):

**Szanowny Pan**

**dr hab. n. med. Jakub Radziszewski, prof. uczelni**

**Dziekan Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu UPH w Siedlcach**

**WNIOSEK o wyrażenie zgodny na indywidualną organizację studiów**

Zwracam się z prośbą o wyrażanie zgody na indywidulana organizację studiów w roku akademickim w semestrze

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem

(podpis wnioskodawcy):

Udzielam/nie udzielam zgody na warunek długoterminowy z: