

Siedlce, dnia 20..... r.

.....
(nazwisko i imię)

Nr albumu

Rok studiów

Kierunek studiów / stopień

Tryb studiów: stacjonarne / niestacjonarne

Adres:
(nr kodu pocztowego, miejscowość)

.....
(ulica, nr domu/mieszkania)

Dane kontaktowe

.....
(nr telefonu/e-mail)

Szanowny Pan
dr hab. Jakub Radziszewski
prof. uczelni
Dziekan Wydziału Nauk
Medycznych i Nauk o Zdrowiu

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na indywidualną organizację studiów

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na indywidualną organizację studiów
w roku akademickim w semestrze

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

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem

.....
(podpis wnioskodawcy)