Siedlce, dnia ……………. 20….…. r.

……………………………………………………………………………………………..

(nazwisko i imię)

Nr albumu

Rok i kierunek studiów

Tryb studiów: stacjonarne / niestacjonarne

Dane kontaktowe

(nr telefonu/e-mail)

**Szanowny Pan**

**Dr hab. n. med. Lubomir Bodnar, prof. uczelni**

**Dziekan**

**Wydziału Nauk Medycznych   
i Nauk o Zdrowiu**

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

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na indywidualną organizację studiów

w roku akademickim…………………………………………………………………..w semestrze …………………………………………..….………

…

…

..

..  
Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem

………….………………………………..……………..…………..……… *(podpis wnioskodawcy)*

W załączeniu: Harmonogram Indywidulanej Organizacji Studiów