………………………………... Bydgoszcz, dn…………….r.

 *(nazwisko i imię)*

Nr albumu: ................................

Kierunek studiów:…………......

Rok studiów:..............................

Tryb studiów:………………….

 *(stacjonarne/niestacjonarne)*

Adres: …………………………

…………………………………

Dane kontaktowe:

…………………………………

*(telefon)*

…………………………………

 **Dyrektor Kolegium III UKW**

**dr inż. Grzegorz Zych, prof. uczelni**

**Wniosek o zmianę formy studiów**

Zwracam się z prośbą o o zmianę formy studiów z aktualnej:

**stacjonarnej\* / niestacjonarnej\*** na **niestacjonarną\* / stacjonarną\***.

w roku akademickim ………………….

Oświadczam, że jestem świadomy(a) konsekwencji finansowych oraz realizacji obowiązków wynikających z wnioskowanej zmiany.

Uzasadnienie:

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

 *(podpis studenta)*

Opinia Zastępcy/Prodziekana