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

 imię i nazwisko

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

 telefon kontaktowy

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

 kierunek, rok/semestr studiów

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

 numer albumu

poziom kształcenia: studia pierwszego stopnia/drugiego stopnia \*

forma studiów: stacjonarne/niestacjonarne\*

**Dyrektor Kolegium I UKW**

**dr hab. Agnieszka Gołębiowska-Suchorska, prof. uczelni**

**Wniosek o wyrażenie zgody**

**na przeniesienie na inną Uczelnię**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zmianę Uczelni

z………………………………………………………………….………………..……..…..……
na………..…………….…………………………………………………………….……..….…..

Uzasadnienie:

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

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

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

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

 data i podpis studenta

Opinia Dyrektor Kolegium I :

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

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

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

 data i podpis Dyrektor Kolegium I

Załączniki:

1 ……………………………

2. …………………………….

3. ...........................................

\* niepotrzebne skreślić