



Wyższa Szkoła Zdrowia,  
Urody i Edukacji  
w Poznaniu

Poznań, dnia .....

.....  
/imię i nazwisko/  
.....  
.....

/adres zamieszkania/  
.....  
.....

/nr albumu/ kierunek, rok, tryb,

**DZIEKAN WSZUiE**  
**dr Krystyna Janowicz**

Zwracam się z uprzejmą prośbą do Pani Dziekan o wyrażenie zgody na zmianę formy studiów ze stacjonarnej na niestacjonarną od semestru ..... roku ..... w roku akademickim ..... na kierunku.....

Uzasadnienie:

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

Z wyrazami szacunku:

W załączeniu:

- 1.....
- 2.....

Opinia Działu Spraw Studenckich:

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

Decyzja Dziekana:

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

\* niepotrzebne skreślić