



Poznań, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
kierunek/stopień/forma studiów/rok

**DZIEKAN WYDZIAŁU
NAUK O ZDROWIU
WSZUIE W POZNANIU
dr inż. Agnieszka Wiśniewska**

PODANIE O PRZENIESIENIE Z INNEJ UCZELNI

Zwracam się z prośbą do Pani Dziekan o wyrażenie zgody na przeniesienie na studia I stopnia/ II stopnia*, forma stacjonarna/niestacjonarna*, na kierunek i wpisanie na semestr w roku akademickim

Obecnie jestem studentem/ studentką*:

.....
(nazwa uczelni macierzystej)

.....
(rok/semestr/ kierunek studiów)

Jednocześnie proszę o wyznaczenie różnic programowych i ustalenie opłat za semestr.

Z wyrazami szacunku

.....
(czytelny podpis studenta)

Do podania załączam:

1. Pisemną zgodę na przeniesienie z uczelni macierzystej.
2. Zaświadczenie o statusie studenta.
3. Potwierdzoną przez uczelnię macierzystą informację o przebiegu studiów zawierającą nazwy zrealizowanych przedmiotów, uzyskane oceny, liczbę godzin oraz liczbę punktów ECTS.

*niepotrzebne skreślić



Decyzja Dziekana:

.....

.....

.....

.....

.....