



Poznań, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
nr albumu/kierunek/stopień/forma studiów/rok/grupa

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

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

Uzasadnienie:

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

Z wyrazami szacunku:

.....

W załączeniu:

1.
2.

Opinia Działu Spraw Studenckich:

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

Decyzja Dziekana:

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