………………..…………………, dnia…………………..……..
miejscowość

……………………………………………………………………….

imię i nazwisko

……………………………………………………………………….

kierunek studiów

……………………………………………………………………….

poziom studiów

wybierz element

……………………………………………………………………….

rok i semestr studiów

……………………………………………………………………….

nr albumu

……………………………………………………………………….

adres e-mail

**Wniosek o zmianę specjalności**

 Kierownik kierunku ……………………………………………………

nazwa kierunku

………………………………………………………………………………….………..

stopień/tytuł naukowy, imię i nazwisko Kierownika Kierunku

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zmianę specjalności z dotychczas realizowanej tj.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*(proszę podać nazwę dotychczas realizowanej specjalności)*

na

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*(proszę podać nazwę nowej specjalności)*

 …………………………………………..

podpis studenta

**Decyzja Kierownika Kierunku**:

(*W przypadku zgody należy wskazać semestr akademicki, od którego nastąpi zmiana specjalności, a także różnice programowe oraz termin ich realizacji)*

………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………..........................………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..........................………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..........................................................................

………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………..........................………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..........................………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..........................................................................