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

……………………………………………………………………….

imię i nazwisko

……………………………………………………………………….

kierunek studiów

……………………………………………………………………….

poziom studiów

wybierz element

……………………………………………………………………….

rok i semestr studiów

……………………………………………………………………….

nr albumu

……………………………………………………………………….

adres e-mail

**Wniosek o zmianę formy studiów**

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

nazwa kierunku

………………………………………………………………………………….………..

stopień/tytuł naukowy, imię i nazwisko Kierownika Kierunku

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na formy studiów: ze stacjonarnej na niestacjonarną /
z niestacjonarnej na stacjonarną\*.

Oświadczam, iż zaliczyłem co najmniej pierwszy semestr studiów / rok studiów\*\*.

 …………………………………………..

podpis studenta

\* *niepotrzebne skreślić* *lub usunąć*
\*\* w przypadku studiów pierwszego stopnia zmiana formy studiów możliwa jest najwcześniej po zaliczeniu pierwszego roku studiów, w przypadku studiów drugiego stopnia - semestru

**Decyzja Kierownika Kierunku**:

(*W przypadku zgody należy wskazać semestr akademicki, od którego nastąpi zmiana formy studiów)*

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

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

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

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