

Student(ka)

.....
(imię/ imiona i nazwisko)

.....
(nr albumu)

.....
(kierunek studiów, specjalność)

.....
(forma studiów–stacj./niestacj., forma kształcenia–jednolite mgr/I-go st./II-go st.)

.....
(rok studiów, semestr)

.....
(telefon kontaktowy)

Warszawa, dnia

Wniosek złożony dn.

Nr ewidencyjny:.....

Dziekan

.....
.....
(nazwa Wydziału)
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Proszę o wyrażenie zgody na **przeniesienie na studia stacjonarne**, na semestr roku.
W okresie dwóch ostatnich lat studiów / ostatnim roku studiów* uzyskałem(am) średnią ocen
egzaminacyjnych

.....
podpis studenta(ki)

Potwierdzam wysokość średniej ocen egzaminacyjnych, uprawniającej do przeniesienia.

.....
podpis pracownika Dziekanatu

Na podstawie § Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr z dnia

wyrażam zgodę na przeniesienie ze studiów niestacjonarnych na studia stacjonarne.

Na podstawie art. 107 § 4 kpa odstąpiono od uzasadnienia decyzji, ponieważ uwzględniła ona w całości żądanie strony.

.....
data i podpis Dziekana

nie wyrażam zgody na przeniesienie ze studiów niestacjonarnych na studia stacjonarne.

Uzasadnienie:

.....
data i podpis Dziekana

Od decyzji przysługuje odwołanie do Rektora WUM w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

Otrzymałem(am) dnia
data i podpis studenta(ki)