

Student(ka)

.....
(imię/ imiona i nazwisko)

.....
(kierunek studiów)

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

.....
(rok studiów, semestr)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
(adres e-mail)

.....

.....
(adres do korespondencji)

Warszawa, dnia

Wniosek złożony dn.

Nr ewidencyjny:.....

Dziekan

Prof. dr hab. n. med Paweł Włodarski

Wydziału Lekarskiego

(nazwa Wydziału)

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Proszę o wyrażenie zgody na **przeniesienie mnie do Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**,
na kierunek..... studia stacjonarne / niestacjonarne*, jednolite magisterskie /
I stopnia / II stopnia*, na semestr roku

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....
podpis studenta(ki)

Załączniki:

1. Karta przebiegu studiów (uwzględniająca nazwę przedmiotu, liczbę godzin, punkty ECTS, formę zaliczenia) lub wypis z indeksu-dokument poświadczony przez dziekanat uczelni,
2. Zaświadczenie z dziekanatu potwierdzające status studenta,
3. Zaświadczenie z dziekanatu o średniej ocen egzaminacyjnych z każdego roku studiów wraz ze skalą ocen,
4. Kopię świadectwa maturalnego,
5. Cudzoziemcy – dokument poświadczający znajomość języka polskiego.

* niepotrzebne skreślić