

Bydgoszcz,r.

.....
(imię nazwisko Studenta/ki)

.....
(rok/semestr/nr albumu)

.....
(adres e-mail)

.....
(numer telefonu)

Sz. P. Paweł Rajewski dr.n.med. prof. WSN oZ

Rektor Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu

w Bydgoszczy, ul. Jagiellońska 4

PODANIE/ WNIOSEK
ZMIANA MIEJSCA REALIZACJI STUDIÓW

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na zmianę miejsca realizacji studiów:

Obecne miejsce realizacji studiów.....

Proponowane miejsce realizacji studiów.....

Prośbę/ wniosek uzasadniam:

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

.....
(podpis)

Decyzja Dziekana:

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

.....
(podpis)