Imię i nazwisko studenta Miejscowość i data

Kierunek/specjalność studiów

Nr albumu, rok i tryb studiów

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

 Dziekan Wydziału Studiów Stosowanych

Dotyczy: **podjęcia studiów na dodatkowym kierunku/module kształcenia wybieralnego**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na podjęcie studiów równolegle na Wydziale Studiów Stosowanych na kierunku …………………………………… /module kształcenia wybieralnego ……………………………………….………

Uzasadnienie:

 Z poważaniem

 podpis

|  |
| --- |
| Opinia Menedżera kierunku: |
| Decyzja Dziekana: |