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/specjalności**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na podjęcie studiów równolegle na Wydziale Studiów Stosowanych na kierunku …………………………………… specjalności ……………………………………….……………………………………………… .

Uzasadnienie:

Z poważaniem

podpis

|  |
| --- |
|  |
| Decyzja Dziekana: |