Imię i nazwisko studenta Miejscowość i data

Kierunek/specjalność studiów

Nr albumu, rok i tryb studiów

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Dyrektor Programowy Kierunku ………………………..……..

Dotyczy: **zmiany grupy studenckiej na kierunku**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na zmianę grupy na kierunku …………………………………………………………………………………………………..……,   
specjalność …………………………………………………….…………………………………... w trybie[[1]](#footnote-1) …………………………….……… z grupy ………………………………………..…… do grupy …………………. …………………………….

Uzasadnienie:

Z poważaniem

podpis

|  |
| --- |
| Decyzja Dyrektora Programowego Kierunku: |

1. Stacjonarny lub niestacjonarny [↑](#footnote-ref-1)