……………………………………………..…………………………………… ……………………………………………………..……………………

Imię i nazwisko studenta Miejscowość i data

……………………………………………..……………………………………

Kierunek i specjalność studiów

……………………………………………..……………………………………

Nr albumu, rok i tryb studiów

……………………………………………..……………………………………

Telefon kontaktowy

……………………………………………..……………………………………

Adres e-mail

Dziekan Wydziału Studiów Stosowanych

dr Joanna Minta

Dotyczy: **zmiany osoby zaliczającej zajęcia**

 Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na zmianę osoby zaliczającej zajęcia z przedmiotu …………………………………………………………………………………………………………………………………… na …… roku studiów, na kierunku …………………………………………………………………………………………………….

specjalności ………………………………………..……………………………………………………………………………………………

Uzasadnienie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Z poważaniem

 ……..……………………………………….

 Podpis

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

\*niepotrzebne skreślić