

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(nr grupy, nr albumu)

.....
(tel. kontaktowy, adres e-mailowy)

Warszawa, dnia

**REKTOR
WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ
im. JAROSŁAWA DĄBROWSKIEGO
W WARSZAWIE**

Dotyczy: zmiany kierunku studiów w ramach danego wydziału / pomiędzy wydziałami

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zmianę studiów stacjonarnych/niestacjonarnych*, I / II / stopnia JSM*/ na kierunku na Wydziale, na studia stacjonarne / niestacjonarnych*, I / II stopnia/ JSM* na kierunku na Wydziale w roku akademickim 20...../20..... oraz uznanie dotychczasowych efektów uczenia się.

Jednocześnie zobowiązuję się do wyrównania różnic programowych wynikających z zakładanych efektów uczenia i programów studiów.

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....
podpis studenta

Opinia dziekana Wydziału I:
wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

.....
data, podpis i pieczęć dziekana

Opinia dziekana Wydziału II:
wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

.....
data, podpis i pieczęć dziekana

*niepotrzebne skreślić