

Warszawa, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres do korespondencji)

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

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

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

Dotyczy: zmiany formy studiów

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zmianę formy studiów, ze studiów
..... na studia na Wydziale
..... i rejestrację na semestr na kierunku
..... w roku akademickim 20...../20.....

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

Uzasadnienie*:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
podpis studenta

Opinia dziekana:

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

.....
data, podpis i pieczęć dziekana

*wymagane