

....., dnia

(imię i nazwisko)

.....

(kierunek, specjalność)

Tryb studiów: stacjonarne, niestacjonarne*

Rok studiów, semestr.....

Numer albumu.....

Telefon kontaktowy.....

Adres e-mail

**Dziekan
Wydziału Medyczno-Społeczno-Technicznego
Uniwersytetu Kaliskiego
im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego**

PODANIE

Proszę uprzejmie o

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

Do podania załączam:

Z poważaniem

.....
(własnoręczny podpis)

Opinia:

.....

.....

.....

(data, podpis)

Decyzja:

.....

.....

.....

(data, podpis)

Uwaga! Przed złożeniem podania należy zapoznać się z wymogami i możliwościami wynikającymi z Regulaminu Studiów.

* niepotrzebne skreślić