|  |  |
| --- | --- |
| ...................................................................(imię i nazwisko) | Kalisz, dnia ............................... |
| ...................................................................(kierunek) |  |

Poziom studiów: I stopnia, II stopnia\*

Tryb studiów: stacjonarne, niestacjonarne\*

Rok studiów: ............, semestr: ..................

Numer albumu: ...........................................

Telefon kontaktowy: ...................................

Adres e-mail: ………..................................

 **Dziekan**

 **Wydziału Medycznego i Nauk o Zdrowiu**

 **Uniwersytetu Kaliskiego**

 **im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego**

# PODANIE

Proszę uprzejmie o

Uzasadnienie:

Do podania załączam:

Z poważaniem

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

 (własnoręczny podpis)

Opinia: Decyzja:

|  |  |
| --- | --- |
| ...................................................................... | ...................................................................... |
| ...................................................................... | ...................................................................... |
| ......................................................................(data, podpis) | ......................................................................(data, podpis) |

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

\* niepotrzebne skreślić