Leszno, dnia …………………

Imię i nazwisko studenta:
Kierunek:
Zakres studiów:
Rok studiów:
Semestr:
Nr albumu:
Studia (należy zaznaczyć):
[ ]  stacjonarne
[ ]  niestacjonarne

# Panidr Dorota Sipińska, prof. ANSProrektor ds. studentów w/m

**Podanie w sprawie przeniesienia na inną uczelnię**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przeniesienie na inną uczelnię: (nazwa Uczelni)
z dniem

Z wyrazami szacunku

## …………………………………………………………………**Opinia Dyrektora Instytutu**

podpis Dyrektora Instytutu