Leszno, dnia

Imię i nazwisko studenta:

Kierunek:

Zakres studiów:

Rok studiów:

Semestr:

Nr albumu:

Studia (należy zaznaczyć):

☐ stacjonarne

☐ niestacjonarne

**Pani**

**dr Dorota Sipińska, prof. ANS**

**Prorektor ds. studentów**

**w miejscu**

# Podanie w sprawie zmiany kierunku studiów w ramach ANS w Lesznie

Zwracam się z uprzejmą prośbą przeniesienie na kierunek

Uzasadnienie:

Z wyrazami szacunku

1. Opinia Dyrektora Instytutu z którego przenosi się student

podpis Dyrektora Instytutu

1. Opinia Dyrektora Instytutu, do którego chce przenieść się student

podpis Dyrektora Instytutu

1. Decyzja Prorektora ds. studentów

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody

podpis Prorektora ds. studentów