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/m

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

Zwracam się z uprzejmą prośbą przeniesienie na kierunek   
   
Uzasadnienie:   
   
Z wyrazami szacunku

…………………………………………………………………

## **Opinia Dyrektora Instytutu**

podpis Dyrektora Instytutu

## **Opinia Dyrektora Instytutu**

podpis Dyrektora Instytutu