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 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