|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………..................……  (imię i nazwisko) | Kielce ……………… 20……… |
| ………………………………………...............………  (wydział) |
| …………………………………………...............……  (rok i kierunek studiów............................................  studia: ......... stopnia\* / jednolite magisterskie\* stacjonarne\* / niestacjonarne\*) |
| ………………………………………...............………  (nr albumu) |
| …………………………………………...............……  (kontakt: nr telefonu, e-mail) |

Dziekan

Wydziału Collegium Medicum

…………………………………………….

(imię i nazwisko)

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na indywidualną organizację studiów

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na indywidualną organizację studiów:

* w semestrze ….... w roku akademickim 20…/20…\*
* w roku akademickim 20…/20…. \*.

Prośbę swą motywuję

Z poważaniem

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

(podpis studenta)

\* niewłaściwe skreślić