|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………..................……(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