

Warszawa, dnia

imię i nazwisko

nr albumu

rok studiów, kierunek studiów

tel. kontaktowy

e-mail

Dziekan Wydziału Medycznego. Collegium Medicum

.....

PODANIE O ZMIANĘ GRUPY

Proszę o przeniesienie do innej grupy.

1. Zarejestrowałam/em się na przedmiot:

do grupy nr zajęcia prowadzone przez

2. Proszę o przeniesienie do grupy nr zajęcia prowadzone przez

.....

Swoją prośbę uzasadniam:

.....

.....

.....

.....

Do podania załączam:

.....

Z poważaniem

.....

data, podpis studenta

Zgoda prowadzącego zajęcia w grupie do której student składa wniosek o przeniesienie:

.....

.....

data, podpis wykładowcy

Decyzja:

.....

.....

data, podpis wydającego decyzję

Odpowiedź (forma, data, podpis):