Wydział wybierz element

 ………………………………………

 nazwa Wydziału

Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie

………………..…………………, dnia…………………..……..
miejscowość

……………………………………………………………………….

imię i nazwisko

……………………………………………………………………….

kierunek studiów

……………………………………………………………………….

nr albumu

……………………………………………………………………….

adres e-mail

**Wniosek o zgodę na zmianę formy studiów**

Kierownik kierunku ..................................
nazwa kierunku

………………………………….………..

Stopień/tytuł naukowy, imię i nazwisko kierownika kierunku

Zwracam się z prośbą o zgodę na zmianę formy studiów ze ……………………………………….………….…

forma studiów (stacjonarnych/niestacjonarnych)

studiów ……..……………………………….…….….... na kierunku ………………………….…….…

 poziom studiów (pierwszego stopnia/drugiego stopnia/jednolitych magisterskich) kierunek studiów

………………………………………………………na studia……………………………………………………

 forma studiów (stacjonarne/niestacjonarne)

…………………………………………..
podpis studenta

Decyzja kierownika kierunku: ………………………………………………………………………………………………………………….........................

…………………………………………………………………………………………………………………..........................…………………………………………………………………………………………………………………..........................…………………………………………………………….....