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: ………………………………………………………………………………………………………………….........................

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