Warszawa, dnia ……………………………

imię i nazwisko ………………………………..

nr albumu ……………………………………….

rok studiów………………………………………

LICENCJACKIE/ MAGISTERSKIE\*

STACJONARNE/NIESTACJONARNE\*

 **Dziekan** [**Wydziału Studiów**](https://osoby.uksw.edu.pl/jednostka/WMCM) **nad Rodziną**

**Podanie o …………………………………………….**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na ………………………………..………...............................................

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

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

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

 Z poważaniem

 ………………………………………………..

 data, podpis studenta

**Decyzja:** …………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

 …………………………………………..

 data, podpis wydającego decyzję