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