Warszawa, dnia ……………………………

imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………

nr albumu ……………………………………………………………………………………………

rok studiów, kierunek studiów …………………………………………………………….

tel. kontaktowy ……………………………………………………

e-mail ………………………………………………………………….

**Dziekan** [**Wydziału Medycznego. Collegium Medicum**](https://osoby.uksw.edu.pl/jednostka/WMCM)

………………………………………………………………………………….

**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): ……………………………………………………………………………………………………………………….