Wyższa Szkoła Biznesu w Gorzowie Wielkopolskim

D D M M R R	
data przyjęcia	nr albumu

wypełnia dziekanat

PODANIE O ZMIANĘ MODUŁU SPECJALNOŚCIOWEGO

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE PERSONALNE

NAZWISKO:

IMIĘ:

NR ALBUMU: GRUPA:

TELEFON:

E-MAIL:

DO DZIEKANA

.....

Proszę o zgodę na zmianę modułu specjalnościowego

z: .....
(nazwa)

na: .....
(nazwa)

od semestru:

☐ letniego

☐ zimowego
(wybrać właściwy)

w roku akademickim R R R R

Uzasadnienie prośby: .....

.....

.....

.....

PODPIS STUDENTA

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na zmianę modułu specjalnościowego:

z .....

na .....

.....

PODPIS DZIEKANA, DATA

Oświadczam, że zapoznałem/am się z decyzją Dziekana.

.....

PODPIS STUDENTA, DATA