Data ……..……………....

……………………………………..

imię i nazwisko

……………………………………..

numer albumu

……………………………………..

kierunek, rok studiów i specjalność/moduł

……………………………………..

adres do korespondencji

……………………………………..

telefon kontaktowy

Studia: stacjonarne/niestacjonarne\*

Studia: pierwszego stopnia/drugiego stopnia/jednolite magisterskie \*

**Dyrektor Kolegium II**

**dr hab. Anna Jakubowicz-Bryx, prof. uczelni**

Proszę o wyrażenie zgody na indywidualną organizację studiów w semestrze zimowym / letnim\* w roku akademickim ...................................... .

Uzasadnienie:

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

................................................

podpis studenta

Załączniki do uzasadnienia:

1. ...........................................

2. ...........................................

3. ...........................................

\* niepotrzebne skreślić