Wrocław, dnia ………..………....

date

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko:Name and surname:  | ………………………………………………………………. |
| Nr albumu:Student ID: | ………………………………………………………………. |
| Kierunek:Field of study | ………………………………………………………………. |
| Specjalność:Speciality | ………………………………………………………………. |
| Stopień studiów:Level of study | ………………………………………………………………. |
| Numer etapu (semestru):Number of semester (teaching period) | ..……………………………………………………………. |
| Studia stacjonarne / niestacjonarne\*Studies full-time / part-time\* |

# Dziekan

**Wydziału Informatyki i Telekomunikacji**

#  Politechniki Wrocławskiej Dean of the Faculty of Information and Communication Technology

**Dotyczy: Przeniesienia na inną uczelnię**

**Concerns: Transfer to another higher education institution**

Proszę o wyrażenie zgody na podjęcie studiów w trybie przeniesienia na uczelni:…………………………………………………………………………………………….

*<podać nazwę uczelni >
<specify higher education institution’s name>*

od semestru akademickiego (etapu): **zimowy/letni\* (20…/20…)**

*<wskazać etap (semestr) od którego ma nastąpić przeniesienie>*

*<specify teaching period (semester) from which the transfer will start>*

 ………………………

Podpis studenta

Student’s signature

WYRAŻAM ZGODĘ / BRAK ZGODY

Decyzja Dziekana*\*:*

(APPROVED) / (REJECTED)

*Uzasadnienie w przypadku braku zgody*:

(Justification in case of rejection)