Bydgoszcz, dnia.........................

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

(imię i nazwisko)

Numer albumu:..........................................

Kierunek studiów:…………………….................

Rok/stopień studiów:.................................

Adres: ………………………………………...............

..……………………………………….........................

………………………………………………...................

(telefon)

**Pani**

**dr Anita Gałęska-Śliwka**

**Prodziekan ds. Studenckich**

**Wydziału Nauk o Zdrowiu** **CM UMK**

**WNIOSEK**

**o zmianę grupy zajęciowej**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na przeniesienie mnie z grupy zajęciowej (dziekańskiej) numer.............................................................do grupy zajęciowej (dziekańskiej) numer................................................................

Uzasadnienie..........................................................................................................................................................................................................

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

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

Z poważaniem

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

(podpis studenta)