

Warszawa, dn. ....

**Student/studentka**

.....  
(imię/ imiona i nazwisko)  
.....  
(nr albumu)  
.....  
(Uczelnia)  
.....  
(Wydział)  
.....  
(kierunek / specjalność studiów)  
.....  
(tryb i poziom studiów: stacjonarne / niestacjonarne , jednolite / I stopnia / II stopnia)  
.....  
(rok studiów / semestr)  
.....  
(adres zamieszkania)  
.....  
(telefon kontaktowy)

Wniosek złożony dn. ....  
Nr ewidencyjny: .....

**Dziekan**  
**Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego**  
**Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**  
(nazwa Wydziału)

**WNIOSEK**

Proszę o wyrażenie zgody na **przeniesienie mnie do Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**,  
na kierunek: ..... specjalność .....,  
studia stacjonarne / niestacjonarne\*, jednolite magisterskie / I stopnia / II stopnia \*,  
na semestr..... roku .....

Uzasadnienie:

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

.....  
podpis studenta/ studentki

**Załączniki:**

1. Karta przebiegu studiów (z liczbą godzin, punktami ECTS, podpisem dziekana) lub wypis z indeksu
2. Zaświadczenie z dziekanatu potwierdzające średnią ocen egzaminacyjnych z każdego roku studiów i liczbę punktów uzyskanych podczas kwalifikacji na studia
3. Zgoda Dziekana Uczelni, z której student chciałby się przenieść.
4. Kopia świadectwa maturalnego.
5. Tłumaczenia ww. dokumentów na język polski, jeżeli są wystawione w innym języku niż język polski
6. ....

\* Niepotrzebne skreślić.