



Nazwisko i imię studenta.....

Kierunek....., specjalność

Studia stacjonarne/niestacjonarne *, I stopnia/II stopnia/ jednolite studia magisterskie*

Rok studiów

Dziekan Instytutu

.....
**Staropolskiej Akademii Nauk Stosowanych
w Kielcach**

.....
tytuł naukowy, nazwisko i imię

PODANIE

Proszę o wyrażenie zgody na przeniesienie:

ze studiów

(poziom studiów)

(tryb studiów)

z kierunku

Instytutu..... Staropolskiej Akademii Nauk Stosowanych

w Kielcach na studia w Uczelni:

na semestr w roku akademickim/.....

Oświadczam iż w r. ak. zaliczyłam semestr studiów.

.....
podpis studenta

Decyzja Dziekana

Na podstawie § 19 Regulaminu Studiów Staropolskiej Akademii Nauk Stosowanych w Kielcach wyrażam zgodę
/nie wyrażam zgody na przeniesienie.

.....
podpis dziekana

Pouczenie:

Zgodnie z art. 127 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego oraz Regulaminu Studiów Staropolskiej Akademii Nauk Stosowanych w Kielcach strona ma prawo wystąpić do Rektora Uczelni z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy.