



AKADEMIA BIAŁSKA

IM. JANA PAWŁA II

DANE PERSONALNE:

NAZWISKO*:

IMIĘ*:

NR ALBUMU:

KIERUNEK:

ROK:

SEMESTR:

TELEFON/E-MAIL:

POZIOM STUDIÓW: studia pierwszego/drugiego stopnia/ jednolite studia magisterskie**

FORMA STUDIÓW: studia stacjonarne/niestacjonarne**

NR SPRAWY:

REKTOR

Akademii Białskiej im. Jana Pawła II

P O D A N I E

Uprzejmie proszę

Prośbę swoją motywuję

Opinie/uwagi:

.....
data i czytelny podpis studenta

Decyzja Rektora:

Akceptuję i przyjmuję do wiadomości

Data i podpis studenta:

.....
data, podpis, pieczęć

*proszę wpisać drukowanymi literami
**niepotrzebne skreślić