

Gdańsk, dnia 20.... r.

.....
Imię i Nazwisko

.....
numer albumu

.....
kierunek

I stopień / II stopień *

studia stacjonarne

rok studiów grupa

.....
e-mail

.....
data wpływu

**Prodziekan ds. Kierunku Wychowanie Fizyczne
dr Piotr Makar**

Wniosek
o zmianę specjalności / specjalizacji

Zwracam się z prośbą o zmianę specjalności/ specjalizacji z

..... na

Prośbę swą motywuję

Podpis nauczyciela

Podpis nauczyciela

Z poważaniem

.....
podpis studenta

DECYZJA

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na zmianę specjalności/ specjalizacji od semestru w roku akademickim 20.... / 20..... .

.....
data i podpis Prodziekana

* niepotrzebne skreślić