|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |

Numer albumu

Nazwisko i imię ………………………….……………………………………………

Kierunek/specjalność studiów ……………………………………………….

Forma studiów: stacjonarne/niestacjonarne\*

Poziom studiów: pierwszego stopnia / drugiego stopnia / jednolite studia magisterskie\*

Adres do korespondencji: ………………………………………………..

 ………………………………………………..

Numer telefonu: ………………………………………………..

 **JM REKTOR**

 **AKADEMII NAUK STOSOWANYCH W TARNOWIE**

**Wniosek o wyrażenie zgody na zmianę kierunku lub formy studiów w ANS w Tarnowie**

Na podstawie § 12 ust. 1 pkt 7) Regulaminu studiów Akademii Nauk Stosowanych w Tarnowie, zwracam się z wnioskiem o wyrażenie zgody na:\*

1) zmianę kierunku studiów na kierunek: .............................................................................. prowadzony na Wydziale ........................................................................................................................, studia stacjonarne/niestacjonarne\*

studia pierwszego stopnia/drugiego stopnia/jednolite magisterskie\*

od semestru ...................... w roku akademickim 20......../ 20........;

2) zmianę formy studiów ze studiów stacjonarnych/niestacjonarnych\* na studia stacjonarne/niestacjonarne\*.

*Uzasadnienie wniosku:*

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

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

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

Tarnów, dnia …………………………… ………………...............………… (czytelny podpis studenta)

\*właściwe zakreślić

Opinia Dziekana Wydziału, w którym aktualnie student odbywa studia:

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

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

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

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

 (data i podpis Dziekana)

Opinia Dziekana Wydziału, do którego student wnioskuje o przeniesienie:

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

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

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

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

 (data i podpis Dziekana)

**ROZSTRZYGNIĘCIE**

REKTOR AKADEMII NAUK STOSOWANYCH W TARNOWIE WYRAŻA ZGODĘ/NIE WYRAŻA ZGODY \*NA:\*
 1) ZMIANĘ KIERUNKU STUDIÓW W AKADEMII NAUK STOSOWANYCH W TARNOWIE

 2) ZMIANĘ FORMY STUDIÓW

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

 (data i podpis Rektora)

\* właściwe zakreślić

**POUCZENIE:**

*Jeśli student nie zgadza się z rozstrzygnięciem, może wystąpić, w terminie 14 dni, z wnioskiem do Rektora Akademii Nauk Stosowanych w Tarnowie o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek należy złożyć na piśmie za pośrednictwem Dziekana Wydziału.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią powyższego rozstrzygnięcia.

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

 (data i podpis studenta)