|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: ………………………………………………Nr albumu:…………………Wydział Elektroniki, Fotoniki i MikrosystemówKierunek: …………………………….Specjalność: …………………………….Rok studiów: ………………., etap (semestr): ……………Forma: StacjonarneStopień studiów: I stopnia / II stopnia\*Profil: Ogólnoakademicki | Wrocław, ………..…………**WYPEŁNIA DZIEKANAT**Wpłynęło dnia: |

 **Dziekan Wydziału**

 **Elektroniki, Fotoniki i Mikrosystemów**

 **Politechniki Wrocławskiej**

**Dotyczy: Przeniesienia na inną uczelnię**

Proszę o wyrażenie zgody na podjęcie studiów (w trybie przeniesienia) na uczelni:

…………………………………………………………………………………………………………

(nazwa Uczelni)

od semestru zimowego/letniego\* roku akademickiego 20….…/20….…

 …………………………………..

 (podpis studenta)

|  |
| --- |
| **Opinia Dziekana**Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\*  ………………………………….. (podpis i pieczęć dziekana) |