|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: ………………………………………………  Nr albumu:…………………  Wydział Elektroniki, Fotoniki i Mikrosystemów  Kierunek: …………………………….  Specjalność: …………………………….  Rok studiów: ………………., etap (semestr): ……………  Forma: Stacjonarne  Stopień 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) |