Nazwisko i imię…………………. . Słupsk, dnia…………………

Numer albumu: …………………..

**Adnotacje BOSiD –** podanie złożono w dniu …………………………………………………..….

…………………………………………..………..

(podpis pracownika)

Kierunek: ………………………...

Rok i semestr: ……………………

Studia stacjonarne/niestacjonarne

Studia I stopnia/II stopnia/JSM

**Rektor Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku**

…………………………………………………..……….

(tytuł naukowy, imię i nazwisko Rektora)

Proszę o wyrażenie zgody na przeniesienie ze studiów stacjonarnych na niestacjonarne/ z niestacjonarnych na stacjonarne.\*

Obecnie jestem studentem/ką na kierunku: ………………………………………..…… i chcę studiować:

ścieżka kształcenia : ………………..

rok studiów: ……...………...

semestr studiów: ……………

system studiów: niestacjonarne/stacjonarne\*

rodzaj studiów: I stopnia/II stopnia/JSM

w roku akademickim ……………………………………………….……..

**UZASADNIENIE**

Zgodnie z § 13 ust. 2 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku zaliczyłem/am …….semestr. Chcę się przenieść na studia niestacjonarne/stacjonarne\*, ponieważ ………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

(wpisać uzasadnienie)

……………………………………………….

(czytelny podpis studenta)

**POSTANOWIENIE REKTORA:**