



Gdańsk, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
semestr/kierunek

studia licencjackie/magisterskie*

stacjonarne/niestacjonarne*
forma studiów

.....
nr albumu oraz numer grupy

.....
adres e-mail

DO REKTORA

PODANIE

Proszę o wyrażenie zgody na przyjęcie mnie na studia w trybie **przeniesienia**:

kierunek		na semestr	
specjalność		tryb studiów	stacjonarny/niestacjonarny

Obecnie jestem zarejestrowany/a na roku studiów, semestrze w.....(nazwa uczelni), numer albumu....., na kierunku.....

Jednocześnie zobowiązuję się dopełnić wszelkich formalności i spełnić wszystkie stawiane przez Władze WSZ warunki przeniesienia oraz dostarczyć wykaz zaliczeń wszystkich przedmiotów w celu wyliczenia ewentualnych różnic programowych.

Uzasadnienie:

.....
.....

Z poważaniem

DECYZJA REKTORA

<p>Wyrażam zgodę. Wpis na semestr..... W roku akad. Termin uzupełnienia zaległości wynikających z powstałych różnic programowych, rozliczyć do dnia:.....</p>		
	data	pieczętka i podpis
<p>Nie wyrażam zgody.</p>		
	data	pieczętka i podpis

*niepotrzebne skreślić

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Zdrowia z siedzibą w Gdańsku przy [ul. Pelplińskiej 7 \(80-335\)](#).
Dane osobowe będą przetwarzane w realizacji przedmiotu działalności edukacyjnej WSZ na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), b), c) i lit. f) RODO.

O decyzji należy dowiedzieć się osobiście lub telefonicznie.