| Warszawa. dn. |  |
| --- | --- |

| Imię i nazwisko studenta |  |
| --- | --- |
| Rodzaj studiów (niepotrzebne skreślić) | licencjackie / magisterskie / podyplomowe / kurs |
| Rok, kierunek studiów, specjalizacja |  |
| Numer albumu |  |
| Adres do korespondencji |  |

**REKTOR WSTS**

dr Ewa Wasilewska-Kamińska

**PODANIE**

| Temat podania: |  | |
| --- | --- | --- |
| Uzasadnienie: |  | |
| Podpis: | |  |

| **Wypełnia Rektorat** | Data wpływu do Rektoratu: |  |
| --- | --- | --- |
| **Decyzja Rektora:** |  | |