

.....
(imię i nazwisko)

Kalisz, dnia

.....
(kierunek)

Poziom studiów: I stopnia, II stopnia*

Tryb studiów: stacjonarne, niestacjonarne*

Rok studiów:, semestr:

Numer albumu:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

**Rektor
Uniwersytetu Kaliskiego
im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego**

PODANIE

Proszę uprzejmie o

.....
.....
.....
.....

Uzasadnienie:

.....
.....
.....

Do podania załączam:

Z poważaniem

.....
(własnoręczny podpis)

Opinia:

Decyzja:

.....
.....
.....

(data, podpis)

.....
.....
.....

(data, podpis)

* niepotrzebne skreślić