

.....
Data wpływu wniosku

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Nr albumu

.....
Rok studiów, semestr, kierunek, poziom* i forma** studiów,

.....
Adres korespondencyjny

.....
Nr tel. oraz adres e-mail

**Dziekan Filii w Wałbrzychu
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
Prof. dr hab. Beata Sobieszcańska**

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na kształcenie w ramach Indywidualnego Rozkładu Zajęć (IRZ)

Proszę o wyrażenie zgody na realizację studiów w ramach IRZ w semestrze/roku akademickim*** zgodnie z zasadami określonymi w obowiązującym Regulaminie studiów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu..... z tytułu****:

- a) przynależności do sportowej kadry narodowej, rezerwowej kadry narodowej, kadry uniwersyteckiej lub sportowej kadry uczelnianej,
- b) studiowania na 2 (dwóch) i więcej kierunkach,
- c) powołania do organów kolegialnych Uczelni, komisji działających na podstawie przepisów wewnętrznych Uczelni,
- d) ważnych przyczyn losowych lub osobistych.

Uzasadnienie:

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

Do wniosku załączam:

- 1)
- 2)
- 3)

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Rozstrzygnięcie Dziekana w sprawie:

.....
.....

(data, pieczęć i podpis Dziekana)

**poziom studiów: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie*

***forma studiów: stacjonarne, niestacjonarne*

**** niewłaściwe skreślić*

***** właściwe wybrać*