



Powiślańska Szkoła Wyższa
ul. 11 Listopada 29: 82-500 Kwidzyn
tel/fax (55) 261 31 39; tel. (55) 279 17 68
www.wsz.kwidzyn.edu.pl
dziekanat@psw.kwidzyn.edu.pl

Kwidzyn, dnia

.....
imię i nazwisko/ nr albumu

.....
kierunek/specjalność

stacjonarne/niestacjonarne*
forma studiów

**Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu
dr n. med. Maria Ignacy Pirski**

PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przyznanie prawa do indywidualnego toku studiów (ITS) od semestru roku akademickim/.....

Uzasadnienie:.....
.....
.....
.....

Z poważaniem

DECYZJA DZIEKANA:

Zobowiązuję do uzgodnienia z prowadzącymi zajęcia terminów i form rozliczenia przedmiotów i przedstawienia harmonogramu ITS.

Nie wyrażam zgody.

.....
data i podpis Dziekana

.....
data i podpis studenta

(*) niepotrzebne skreślić