Żyrardów, dnia ……………………..………..

………………………………...

*(nazwisko i imię)*

Nr albumu: ................................

Tryb studiów:………………….

*(stacjonarne/niestacjonarne)*

Adres: …………………………

*(nr kodu pocztowego - miejscowość)*

…………………………………

*(ulica/osiedle – nr domu/mieszkania)*

Dane kontaktowe:

…………………………………

*(telefon)*

…………………………………

*(e-mail)*

**Dziekan ………………………………..**

**Collegium Masoviense**

**– Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu**

**PODANIE**

Na podstawie …… § Regulaminu studiów Collegium Masoviense, proszę o………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**UZASADNIENIE:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wykaz załączników:

1. ……………………….………………………………………………………………………...
2. …………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………….

 Podpis Wnioskodawcy

**DECYZJA**

Zgodnie z Regulaminem Studiów Collegium Masoviense postanawiam, co następuje: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Decyzję otrzymałem/am, dnia ………………….. ………………………………………..

 Podpis studenta

*.*