Załącznik nr 42

do Zarządzenia nr 44/RKR/2025

……………………………………. Warszawa, dnia ……...……………….

*(imię i nazwisko)*

…………………………………….

(*adres do korespondencji)*

…………………………………....

*(nr grupy, nr albumu)*

…………………………………....

*(tel. kontaktowy, adres e-mailowy)*

**REKTOR  
WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ**

**im. JAROSŁAWA DĄBROWSKIEGO   
W WARSZAWIE**

Dotyczy: *zmiany kierunku studiów w ramach danego wydziału / pomiędzy wydziałami*

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zmianę studiów stacjonarnych/ niestacjonarnych\*, I / II / stopnia JSM\*/ na kierunku …………………………………… na Wydziale ……………………………….…………, na studia stacjonarne / niestacjonarne\*, I / II stopnia/ JSM\* na kierunku …………………………………………………. na Wydziale ……………………………………………………… w roku akademickim 20……/20…… oraz uznanie dotychczasowych efektów uczenia się.

Jednocześnie zobowiązuję się do wyrównania różnic programowych wynikających z zakładanych efektów uczenia i programów studiów.

Uzasadnienie:

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

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

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

*..…………………………………………………………………………………………….*

……...……………………………

*podpis studenta*

Opinia dziekana Wydziału I:

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

……...………………………………

*data, podpis i pieczęć dziekana*

Opinia dziekana Wydziału II:

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

……...………………………………

*data, podpis i pieczęć dziekana*

\*niepotrzebne skreślić