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

/Imię i nazwisko/ /miejscowość, data/

…………………………………………………………………….

/adres zamieszkania/

……………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….

/telefon kontaktowy/

Dziekan Wydziału Wokalno-Aktorskiego

Akademii Muzycznej im. Stanisława Moniuszki

dr hab. Krzysztof Bobrzecki

## Wniosek w sprawie przeniesienia

## z innej uczelni do Akademii Muzycznej w Gdańsku

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na przeniesienie mnie z:

(pełna nazwa uczelni, do której student chce się przenieść)

Wydział

kierunek

specjalność

do Akademii Muzycznej im. Stanisława Moniuszki w Gdańsku, na:

kierunek specjalność semestr i rok akademicki

Uzasadnienie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ………………………………………… |
|  |  | /czytelny podpis studenta/ |