………………..…………………, dnia…………………..……..  
miejscowość

……………………………………………………………………….

imię i nazwisko

……………………………………………………………………….

kierunek studiów

……………………………………………………………………….

nr albumu

……………………………………………………………………….

adres e-mail

**Wniosek o zgodę na podjęcie dodatkowej specjalności**

Kierownik kierunku ..................................  
nazwa kierunku

………………………………….………..

Stopień/tytuł naukowy, imię i nazwisko kierownika kierunku

Zwracam się z prośbą o udzielenie zgody na podjęcie drugiej specjalności realizuję już   
  
specjalność……………………………………………………………………………………………….,

(nazwa specjalności)

proszę o zgodę na dodatkową specjalność...……………………………………………………………..

(nazwa dodatkowej specjalności)

Zobowiązuję się zrealizować pełny program tej specjalności, zgodnie z wymogami określonymi przez program studiów i plan studiów oraz przez prowadzących zajęcia.

…………………………………………..

podpis studenta

Decyzja kierownika kierunku: ………………………………………………………………………………………………………………….........................

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