Słupsk, dnia………………….

Nazwisko i imię ………………………

**Adnotacje BOSiD –** podanie złożono w dniu …………………………………………….

……………………………………………………...

 (podpis pracownika)

……………………………………………..

Adres: …….……………………………..

……………………………..………………

…………………….………………………..

**Rektor Akademii Pomorskiej w Słupsku**

………………………………………………………….….

(tytuł naukowy, imię i nazwisko Rektora)

Proszę o wyrażenie zgody na przeniesienie z ……………………….……………………………………………….

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

(należy wpisać pełną nazwę uczelni, z której student/-ka chce się przenieść i adres Uczelni)

do Akademii Pomorskiej w Słupsku. Studia na Akademii Pomorskiej w Słupsku chcę kontynuować:

kierunek: ……………..……………

ścieżka ksztalcenia: ……………………….

rok studiów: ………………………. semestr …………………………………

system studiów: stacjonarne/niestacjonarne

rodzaj studiów: I stopnia/ II stopnia/JSM

w roku akademickim ……………………………...

UZASADNIENIE

Zgodnie z § 12 ust. 3 Regulaminu Studiów Akademii Pomorskiej w Słupsku wypełniłem/am wszystkie obowiązki wynikające z przepisów mojej macierzystej Uczelni. Chcę się przenieść na AP w Słupsku, ponieważ ……………………………………………………………………………………………………….…….

(wpisać uzasadnienie)

 Załącznik: dokument poświadczający dotychczasowy przebieg studiów - oryginał.

 ………………………………………………….

 (czytelny podpis studenta)

**OPINIA KIEROWNIKA JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ (macierzystej Uczelni):**