

w dniu _____ Znak _____

Dział Rekrutacji

Warszawa, dnia _____

numer rekrutacyjny

imię i nazwisko

adres korespondencyjny (ulica, nr domu/mieszkania)

(kod pocztowy, miejscowość)

numer telefonu

adres e-mail

**Dziekan Wydziału Medycznego
Uczelnia Łazarskiego**

**PODANIE
O PRZENIESIENIE**

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie na studia na Wydziale Medycznym,
na kierunek _____ prowadzony w formie
*stacjonarnej/niestacjonarnej**, w roku akademickim 2026/2027 (semestr jesienny).

Jednocześnie proszę o uznanie wyników przedmiotów, które realizuję
w ramach studiów w/na _____
na Wydziale _____, a które mieszczą się
w planie studiów Uczelni Łazarskiego.

Do podania dołączam: _____

czytelny podpis

**niepotrzebne skreślić*

Administratorem Twoich danych osobowych jest Uczelnia Łazarskiego, przetwarzamy Twoje dane, aby rozpatrzyć wniosek.

Więcej informacji o przetwarzaniu znajduje się na stronie internetowej <https://www.lazarski.pl/pl/oferta-edukacyjna/rekrutacja/studia-wyzsze/uznanie-i-przeniesienie/zmiana-uczelni>

Decyzja i uwagi Dziekana:

Proponuję wpis na semestr _____

Uznano _____ ECTS

Uwagi Działu Rekrutacji:

