

INDYWIDUALNA ORGANIZACJA STUDIÓW

Łódź, dn.

Imię i nazwisko

.....

numer albumu

.....

semestr nauki

.....

rodzaj studiów

.....

Rektor Wyższej Szkoły Kosmetyki
i Nauk o Zdrowiu w Łodzi
dr n. chem. Katarzyna Bujnicka

Dotyczy indywidualnej organizacji studiów

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na możliwość kontynuowania studiów w ramach Indywidualnej Organizacji Studiów w semestrze w roku akademickim/..... w związku z

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....

(Podpis studenta)