



Łódź dn.

.....
(Nazwisko i imię studenta)
.....
(Nr telefonu - opcjonalnie)
.....
(Rok studiów/semestr)
.....
(Wydział)
.....
(Kierunek / stacjonarne/ niestacjonarne)
.....
(nr albumu)

Podanie wpłynęło dn.
Nr dziennika

DYREKTOR CENTRUM JĘZYKOWEGO PŁ
mgr Krystyna Breszka-Jędrzejewska

PODANIE

Proszę o wyrażenie zgody na:

1/.....
.....
.....

2/.....
.....
.....

Uzasadnienie:

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

*Zobowiązujemy studenta/tkę do kontaktu w sprawie podjętej decyzji z sekretariatem CJ PŁ w ciągu 14 dni od złożenia wniosku)
Oryginał decyzji odbiera student/тка osobiście. Kopia z potwierdzonym odbiorem będzie przechowywana w Centrum Językowym PŁ.*

.....
Data i podpis studenta/-tki

