Załącznik nr 10

.....
data miasto

.....

.....

.....

Imię i nazwisko: ..... Numer Albumu:.....

Adres mailowy: ..... Telefon: .....

Rok/Tryb studiów:..... CIMA ID: .....

Kierunek studiów:.....

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na:

.....

.....

.....

.....

od semestru ..... roku akademickiego 20...../20.....

Uzasadnienie
....
Z poważaniem,

data ....., podpis Koordynatora Programu CIMA .....
data ....., podpis Dziekana .....