**Nazwisko i imię: ……………………………….., dn.**

**Data i miejsce urodzenia:**

**Nr paszportu:**

**Kierunek studiów w UJD:**

**WZÓR**

**JM Rektor**

**Uniwersytetu Jana Długosza w Częstochowie**

**prof. dr hab. Anna Wypych-Gawrońska**

**Skierowanie**

Zgodnie z umową w zakresie prowadzenia wspólnego kształcenia zawartą pomiędzy ………………………………………………………….. a Uniwersytetem Jana Długosza w Częstochowie, proszę o wyrażenie zgody na przyjęcie studenta ………………………………………………….…………………

*(nazwisko i imię)*

I/II/III\* roku I/II\* stopnia studiującego

na naszej Uczelni na kierunku :……………………………………………………………………………………………

na studia stacjonarne pierwszego/drugiego\* stopnia w Uniwersytecie Jana Długosza w Częstochowie na kierunek :……………………………………………. w roku akademickim ………/……….. .