**WNIOSEK O LIKWIDACJĘ KIERUNKU/SPECJALNOŚCI\***

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa kierunku/specjalności studiów | ……………………………………………… |
| Profil | ……………………………………………… |
| Poziom studiów | ……………………………………………… |
| Forma studiów | ……………………………………………… |
| Planowana data likwidacji studiów | ……………………………………………… |

**Uzasadnienie likwidacji kierunku/specjalności:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Zasady postępowania w stosunku do studentów odbywających zajęcia w ramach likwidowanego kierunku/specjalności:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

……………………………………

podpis wnioskodawcy