

Wrocław, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

Wydział

Nr indeksu

Kierunek studiów

Specjalność

Telefon kontaktowy

Rok studiów Semestr

Poziom studiów

**Potwierdzenie złożenia wniosku
w Dziekanacie
SC-W-1**

**Dziekan Wydziału
Akademii Wojsk Lądowych
imienia generała Tadeusza Kościuszki**

I N F O R M A C J A

o zmianie danych osobowych

Informuję o zmianie danych osobowych (imię, nazwisko, adres zameldowania, adres do korespondencji).

W załączeniu:

1.
2.
3.

.....
(czytelny podpis studenta)