
(studento vardas, pavardė, reg. numeris)

(fakultetas, studijų programa, kursas, grupė)

(telefono numeris, elektroninio pašto adresas)

Lietuvos sveikatos mokslų
universiteto Rektoriui

P R A Š Y M A S

(data)

Kaunas

Dėl studijų formos keitimo

Prašau leisti man keisti studijų formą ir nuo _____ studijuoti
(nurodyti datą)
_____ fakulteto _____ nuolatinių/ištęstinių
studijų programos _____ kurso valstybės finansuojamoje/nefinansuojamoje vietoje,
programų skirtumus likviduojant per vienerius kalendorinius metus.

PRIDEDAMA: _____

(studento parašas)

(studento vardas, pavardė)

TARPININKAUJU:

Fakulteto dekanas(-ė)

(vardas, pavardė, parašas)