TF KU v Košiciach

doc. ThDr. Radoslav Lojan, PhD.

Hlavná 89

041 21 Košice

# Žiadosť o zmenu formy štúdia

Meno a priezvisko:...................................................................................................................................

Adresa: ........................................................................................................................................................

Kontakt (e-mail, tel. číslo): ..........................................................................................................................

Študijný program: ...................................................................... Forma štúdia: ................................

Ročník štúdia: ......................................................................... Stupeň štúdia: ...............................

Týmto žiadam o zmenu formy štúdia:

z .................................................................. formy štúdia

na ............................................................... formu štúdia

od akademického roka: ...................................................

Odôvodnenie:

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

V .................................., dňa

 ……………………………………………………………… vlastnoručný podpis žiadateľa