



imię i nazwisko

rok i semestr

telefon, e-mail

**Wypełnia Sekretariat Szkoły Doktorskiej**

Podanie złożono dn. ....

Podpis przyjmującego .....

**WNIOSEK O ZMIANĘ DANYCH OSOBOWYCH**  
w Szkole Doktorskiej  
Akademii Sztuk Pięknych im. Władysława Strzemińskiego w Łodzi

Zwracam się z prośbą o zmianę moich danych osobowych\*:

- zmiana nazwiska\*\* z.....  
na .....
- zmiana adresu zamieszkania z.....  
na .....
- adresu do korespondencji z .....
- na.....
- inne dane  
.....

.....  
data i podpis

\* *Niewłaściwe skreślić*

\*\**Podstawę do zmiany nazwiska stanowi okazanie dowodu osobistego lub aktu małżeństwa*