Załącznik nr 5

**UCZELNIANA KOMISJA WYBORCZA**

# PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ W KONINIE

# Niniejszym zgłaszam Pana / Panią

# ………………………………………………………………………………………………………………………

# (imię i nazwisko, tytuł, stopień naukowy)

jako kandydata na **DZIEKANA WYDZIAŁU KULTURY FIZYCZNEJ I OCHRONY ZDROWIA** Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koninie

Zgłaszający: ……………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

………………………………………………………

(podpis zgłaszającego)

Wyrażam zgodę na kandydowanie na stanowisko **Dziekana Wydziału Kultury Fizycznej i Ochrony Zdrowia** Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koninie.

…………..……………………………...

(podpis kandydata)

Konin, dnia ……………………2015 r.

Termin składania zgłoszeń upływa 03 marca 2015 r. o godz. 15.00

Zgłoszenia należy przekazać na adres: **Przewodniczący Uczelnianej Komisja Wyborcza PWSZ w Koninie, 62-510 Konin, ul. Przyjaźni 1, pokój 201.**