

\_\_\_\_\_  
Miejscowość , data

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
Numer albumu

\_\_\_\_\_  
Kierunek i stopień studiów, rok i semestr

\_\_\_\_\_  
Adres do korespondencji

\_\_\_\_\_  
Telefon, adres e-mail

**dr hab. Jarosław Gołębiewski, prof. SGGW**  
**Prorektor ds. Dydaktyki**

### **Podanie o ponowne wznowienie studiów**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów na kierunku .....  
od semestru ..... w roku akademickim ..... Z listy studentów zostałem/łam  
skreślony/na w dniu ....., decyzja nr .....  
z powodu.....

Uzasadnienie .....

.....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
podpis studenta