



Warszawa, dnia _____

Imię i nazwisko

Numer albumu

Kierunek, stopień, tryb studiów, rok, semestr

Adres

E-mail

Telefon kontaktowy

prof. dr hab. Jarosław Gołębiowski
Prorektor ds. dydaktyki

Podanie o wznowienie studiów

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów na kierunku
..... od semestru w roku akademickim/.....
na studiach stacjonarnych / niestacjonarnych.

Z listy studentów zostałem/am skreślony/a w dniu decyzją

nr z powodu

Uzasadnienie.....

.....

.....

Zobowiązuję się do realizacji ewentualnych różnic programowych.

Podpis Studenta

Opinia Prodziekana:

.....

.....

Data i Podpis