



| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Imię i nazwisko | Podanie wpłynęło dnia |
| Nr albumu kierunek | |
| Adres do korespondencji: | Numer: |
| | |
| Telefon: | |
| E mail: | |

Adresat: DZIEKAN EWSPA

Podanie opatrzone własnoręcznym podpisem należy przesłać na adres Opiekuna grupy z ramienia Dziekanatu

WNIOSEK O WZNOWIENIE STUDIÓW

Wnoszę o wznowienie studiów na kierunku

Proszę wpisanie mnie na listę studentów począwszy od¹

.....

Uzasadnienie

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

Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie zostanie mi doręczone na indywidualne konto e mail w domenie Uczelni.

Data

Podpis Studenta

¹ proszę wskazać od kiedy data dzienna np. 1 października, najbliższy semestr itp.