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

Miejscowość, data

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

Imię i nazwisko

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

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

Adres zamieszkania

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

Nr telefonu

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

Kierunek i rok studiów

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

Forma studiów

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

Rok akademicki

**Prorektor ds. Studiów**

**Dr Dominik Wróbel**

Zwracam się z prośbą o wznowienie studiów na kierunku ………….. w semestrze ……….. w roku akademickim ........./……. .

Prośbę swoją motywuję tym, że ....................................................................................................................................................... .......................................................................................................................................................

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

Podpis

**Opinia Kierownika zakładu**

Opiniuję pozytywnie / negatywnie\* ...........................................................................................

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

Data Podpis

**Opinia Dyrektora**

Opiniuję pozytywnie / negatywnie\* ..........................................................................................

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

Data Podpis

**Decyzja Prorektora**

Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody \*…………………………………………………….

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

Data Podpis

\* właściwe podkreślić