



D	D	M	M	R	R						
data przyjęcia						nr albumu					

wypełnia Dziekanat

PODANIE O WZNOWIENIE STUDIÓW

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE PERSONALNE

NAZWISKO:

IMIE:

NR ALBUMU:

GRUPA:

TELEFON:

E-MAIL:

ADRES KORESPONDENCYJNY

ULICA:

NR DOMU:

NR MIESZKANIA:

MIJSCOWOŚĆ:

KOD:

DO DZIEKANA

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na wznowienie studiów:

w semestrze

letnim

zimowym

(wybrać właściwy)

w roku akademickim

Uzasadnienie prośby:

DO PODANIA ZAŁĄCZAM:

1. Indeks studenta.
2. Kserokopię opłaty reaktywacyjnej.

PODPIS STUDENTA

Na podstawie § 28 Regulaminu Studiów WSB wyrażam zgodę na wznowienie studiów/ wyrażam zgodę na wznowienie studiów pod warunkiem zaliczenia w pierwszej kolejności różnic programowych w ciągu semestru/roku akademickiego /nie wyrażam zgody na wznowienie studiów w WSB.

PODPIS DZIEKANA, DATA

Oświadczam, że zapoznałem/am się z decyzją Dziekana.

PODPIS STUDENTA, DATA