

PODANIE O WZNOWIENIE STUDIÓW/POWTARZANIE SEMESTRU

..... /
(imię i nazwisko studenta) (Nr albumu)

..... / / ...ST / NST*
(kierunek studiów) (grupa) (tryb studiów)

.....
(telefon)

Warszawa, dnia

.....
(mail)

Dyrektor Instytutu

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wznowienie studiów / powtarzanie semestru:
..... w roku akademickim w terminie od
.....

.....
(podpis studenta)

DECYZJA

Wyrażam zgodę na wznowienie studiów / powtarzanie semestru.....
w roku akademickim/.....

Na podstawie zaliczonych.....semestrów, w latach.....w

oraz wyznaczam następujące różnice programowe

z obowiązkiem zaliczenia do :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

.....
data, podpis