

..... /
(imię i nazwisko studenta) (Nr albumu)
..... / / ..ST / NST*
(kierunek studiów) (grupa) (tryb studiów)
.....
(telefon)

Warszawa, dnia

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