RD-CDS-D.5337 .\_\_. \_\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_ Wrocław ............................20......... r.

Imię i nazwisko studenta *(Student’s name and surname*)……........................................................................................

Nr albumu *(Index number)* ........................................................... telefon *(telephone no.)* ..........................................

Stopień studiów (*Level of studies) Bachelor’s degree/ Master’s degree\**

Forma studiów (Form of studies): Stacjonarne/niestacjonarne (Full time/part time)\*

Kierunek *(Programme)* …………………………………………………………………Rok studiów *(Year of studies)*.............................   
Specjalność (Programme specialization) ......................................................................................................................

Semestr *(Semester)* .............................. Year (Rok studiów) ................... Grupa *(Group no.)*…………….........................

Dziekan ds. studenckich / Dean for Student Affairs

dr hab. inż. Anna Cierniak-Emerych, university professor

PODANIE (APPLICATION)

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody w roku akademickim 20………./20…..…. w semestrze zimowym/letnim na\* *(I would like to ask in Academic Year 20….... / 20….... in winter / summer semester for approval of*):

* wznowienie studiów od semestru (reinstatement on list of students from the semester) ............................….

Uzasadnienie *(Justification)*:

|  |
| --- |
|  |

Z poważaniem *(Sincerely yours)*

..................................................................... podpis studenta *(student’s signature)*

Decyzja Dziekana *(Dean’s decision)*

|  |
| --- |
|  |
| data (*date)* ...................................................... podpis *(signature)* ............................................................................... |

\*niepotrzebne skreślić *(cross where innaplicable)*