Jelenia Góra, dn. …………………..

Data wpływu:

Imię i nazwisko studenta: ……………………………………………………………… Nr albumu:……………….

Adres do korespondencji: ……………………………………………………………………………………………

Kontakt: e-mail:…………..………………………………………………….. tel.:………………………………….

Kierunek studiów: ………………………………………………………… rok studiów……….. semestr………..

Studia: I stopnia / II stopnia / jednolite magisterskie\* stacjonarne / niestacjonarne\*

**Sz. P.**

……………………………………

**Dziekan WNMiT**

**KANS w Jeleniej Górze**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów na kierunku ……………………………….. od semestru …… w roku akademickim …………………….. na studiach stacjonarnych / niestacjonarnych\* .

Zostałem/am skreślony/a z listy studentów w roku ……...... z powodu …………………………………………………………………………………………………………….

Z poważaniem

………………………..…

*podpis*

**Decyzja Dziekana**:…………………………………………………………………………………………………………………………………………

\* właściwe podkreślić