

Imię i nazwisko Studenta (*Student's name and surname*)Nr albumu (*Index number*) Telefon kontaktowy (*Telephone no.*)Aktualny adres do korespondencji (*Current address*):

E-mail:

Stopień studiów (*Level of studies*): pierwszego stopnia/drugiego stopnia* (*First-cycle programme/Second-cycle programme**)Forma studiów (*Form of studies*): stacjonarne/niestacjonarne (*full-time/part-time*)*Kierunek (*Programme*)Rok studiów (*Year of studies*)..... Semestr (*Semester*)

Dziekan ds. Studenckich / Dean for Student Affairs
prof. dr hab. inż. Anna Cierniak-Emerych

PODANIE (APPLICATION)

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody w roku akademickim 20...../20...w semestrze zimowym/letnim* na wznowienie studiów od semestru

I would like to ask in academic year 20..... / 20.....in winter/summer semester for approval of reinstatement on list of students from the semester)*

Uzasadnienie (*Justification*):

Z poważaniem (*Sincerely yours*)

.....
podpis Studenta (*Student's signature*)

Decyzja Dziekana ds. Studenckich (*Dean's decision*):

data (*date*)..... podpis Dziekana ds. Studenckich (*Dean's signature*)