



<input type="text" value="D"/>	<input type="text" value="D"/>	<input type="text" value="M"/>	<input type="text" value="M"/>	<input type="text" value="R"/>	<input type="text" value="R"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
data przyjęcia						nr albumu					
wypełnia DOS (Dziekanat)											

## PODANIE O WZNOWIENIE STUDIÓW

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

### DANE PERSONALNE

NAZWISKO:

IMIĘ:

NR ALBUMU:

GRUPA:

TELEFON:

E-MAIL:

### DO DZIEKANA

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na wznowienie studiów (wybrać właściwe):  I stopnia  II stopnia

w semestrze:  letnim  zimowym

w roku akademickim

Uzasadnienie prośby: .....

.....

.....

### DO PODANIA ZAŁĄCZAM:

Kserokopię opłaty reaktywacyjnej.

.....  
**PODPIS STUDENTA**

Na podstawie § 33 Regulaminu Studiów WSB wyrażam zgodę na wznowienie studiów/ wyrażam zgodę na wznowienie studiów pod warunkiem zaliczenia w pierwszej kolejności różnic programowych w ciągu semestru/roku akademickiego /nie wyrażam zgody na wznowienie studiów w WSB.

.....  
**PODPIS DZIEKANA, DATA**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z decyzją Dziekana.

.....  
**PODPIS STUDENTA, DATA**