

.....
/Imię i nazwisko/

.....
/miejscowość i data/

.....
/telefon kontaktowy/

.....
/rok studiów, kierunek, poziom studiów /

.....
/studia stacjonarne / niestacjonarne/

Nr albumu

dr hab. n. o zdr. Wioletta Pollok-Waksmańska, prof. UBB

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu

Uniwersytetu Bielsko-Bialskiego

PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na wznowienie studiów na roku
na kierunku studiów stacjonarnych/niestacjonarnych*
pierwszego/drugiego stopnia*.

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....

Z wyrazami szacunku,

.....

Ww. został skreślony z listy studentów w dniu z powodu

.....
.....

Podpis pracownika dziekanatu

*) niepotrzebne skreślić

Wyrażam / nie wyrażam * zgodę(y) na wznowienie studiów pod warunkiem zaliczenia egzaminów kontrolnych z przedmiotów:

.....

w terminie:..... Odpowiedzialnym za przeprowadzenie egzaminu

wznawiającego jest.....

Data i podpis Dziekana