

.....
/Imię i nazwisko/

.....
/miejsowość/

.....
/data w formacie: dd-mm-rrrr/

.....
/adres/

.....
/adres/

.....
/telefon kontaktowy/

**DYREKTOR
INSTYTUTU POLITECZNICZNEGO
Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej
im. Stanisława Staszica w Pile
doc. dr Andrzej Kraczkowski**

Podanie o wznowienie studiów

Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów stacjonarnych / niestacjonarnych w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Staszica w Pile, na kierunku, specjalności

..... w roku akademickim
od semestru nr.....

Ostatnio studiowałem/am na studiach stacjonarnych / niestacjonarnych*, na kierunku, specjalności

w

.....
nazwa uczelni

Zostałem/am skreślony/a z listy studentów semestru roku, decyzją

Nr.....

z dnia z powodu

Oświadczam, że uzupełnię wskazane różnice programowe.

.....
/podpis studenta/

Decyzja Dyrektora:

Podejmuję decyzję:

a) o przyjęciu na studia z dniem 20 roku.

b) o przyjęciu na studia z dniem 20 roku pod warunkiem zaliczenia, względnie zdania egzaminów wynikających z różnic programowych w terminie do

Różnice programowe:

.....
data

.....
podpis i pieczęć Dyrektora

*) niepotrzebne skreślić

