

.....  
/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  
dr inż. Piotr Gorzelańczyk**

**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