

.....  
/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 I<sup>o</sup> / II<sup>o</sup> w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Staszica w Pile, na kierunku ....., specjalności ....., w roku akademickim ..... w celu złożenia pracy i przystąpienia do egzaminu dyplomowego.

Decyzją Nr..... z dnia ..... zostałem/am skreślony/a z listy studentów z powodu niezłożenia pracy dyplomowej w terminie.

.....  
/podpis studenta/

#### **Opinia Promotora:**

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

.....  
data

.....  
podpis

#### **Decyzja Dyrektora:**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na wznowienie studiów w celu złożenia pracy i przystąpienia do egzaminu dyplomowego.

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć Dyrektora

\*) niepotrzebne skreślić