…………………………………….. Wrocław, dnia…………….

(imię i nazwisko studenta)

……………………………………..

(kierunek/specjalność)

……………………………………..

(rok studiów)

……………………………………..

(numer albumu)

……………………………………..

Tel. kontaktowy, e-mail

**Prodziekan ds. studenckich i współpracy z otoczeniem społeczno-gospodarczym**

**dr hab. Mariola Kuczer**

**Wniosek o wznowienie studiów**

Zgodnie z § 57 ust. 2 Regulaminu studiów w Uniwersytecie Wrocławskim, proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów.

Uzasadnienie ……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………….

(podpis studenta)

Ważne:

Wniosek powinien być złożony co najmniej na miesiąc przed rozpoczęciem semestru/roku akademickiego.