…………………………………………………….. Wrocław, dnia ……..……..…….…

 imię i nazwisko

………………………………………………………

 kierunek studiów

………………………………………………………

 stopień studiów i numer semestru

……………………………………

 nr albumu

……………………………………………………………

 aktualny adres korespondencyjny

……………………………………………………

 kontaktowy numer telefoniczny

Dziekan Wydziału
Fizyki i Astronomii UWr

**Podanie o wznowienie studiów**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów. Z listy studentów zostałam/em\* skreślona/y z dniem ……………………………. . Do podania dołączam informację
o dotychczasowym przebiegu studiów.

…………………………………………………………….

 podpis studentki/studenta

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

 decyzja Dziekana, data, podpis

\* niepotrzebne skreślić