…………………………………………………….. 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