Wrocław, dnia……………………………

………………………………………………………………

(imię i nazwisko studenta, numer albumu)

………………………………………………………………

(kierunek, stopień I /II\*, rok studiów, tryb S – stacjonarne, N – niestacjonarne\*)

………………………………………………………………

(pełny aktualny adres korespondencyjny)

………………………………………………………………

(numer telefonu i kontaktowy email)

**Prodziekan ds. studiów stacjonarnych
i jakości kształcenia WKSM UWr**

**…………………………………………….**

**WNIOSEK O WZNOWIENIE STUDIÓW**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na wznowienie studiów:
na kierunku …………………………………………………… w semestrze ……… w roku akademickim………...

Z listy studentów zostałam/em skreślona/y …………………… (*data*) z powodu ………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………

Prośbę uzasadniam ………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że absolutorium uzyskałam/em w roku akademickim …………… .

………………………………………

 (podpis studenta)

Załączam:

- wykaz przedmiotów do uzupełnienia wskazanych przez zastępcę dyrektora ds. dydaktycznych wraz z terminem ich zaliczenia wynikający z porównania efektów uczenia się i uzyskanych punktów ECTS:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu** | **Forma zajęć (W, K, Ćw, S)** | **Liczba godzin** | **Termin zaliczenia** | **Opłata**  |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
|  | **Razem** |

………………………………………

 (podpis za-cy Dyrektora Instytutu ds. dydaktycznych)

DECYZJA:

Wyrażam zgodę na wznowienie studiów w sem. ………………… roku akademickiego…………..

Nie wyrażam zgody: ..………………………………………………………………..

……………………………… (podpis)