

Wniosek został złożony w dziekanacie:

(data, podpis i pieczęć pracownika dziekanatu przyjmującego wniosek)

Załącznik Nr 12
do Zarządzenia Nr 157/2024
z dnia 18.09.2024 r.

....., dnia.....

Nazwisko i imię:
Nr albumu:
Kierunek:
Specjalność:
Poziom studiów:
Forma studiów:
Data rozpoczęcia studiów:
Rok studiów:
Telefon/e-mail w domenie @365.sum.edu.pl:
Adres do korespondencji:

**Dziekan
Wydziału
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach**

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na **wznowienie studiów** na rok na kierunku.....studiów stacjonarnych/niestacjonarnych* jednolitych studiów magisterskich/pierwszego/drugiego stopnia*.

Uzasadnienie:

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

Załączniki:

- 1.
- 2.
- 3.

Podpis wnioskodawcy

Ww. student/ka został/a skreślony/a z listy studentów w dniu
z powodu

Podpis pracownika dziekanatu

***nie wyrażam/ wyrażam zgodę(y) na wznowienie studiów pod warunkiem zaliczenia egzaminów kontrolnych z przedmiotów.**

Podpis osoby upoważnionej

*niepotrzebne skreślić