

Data

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek, rok studiów i specjalność

.....
adres do korespondencji

.....
adres do korespondencji

.....
telefon kontaktowy

Studia : stacjonarne/niestacjonarne*

PRODZIEKAN
Wydziału Pedagogiki i Psychologii

Proszę o wyrażenie zgody na *wznowienie studiów* na roku,
..... semestrze w roku akademickim

.....
podpis studenta

* niepotrzebne skreślić