

Data

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek, rok studiów i specjalność

.....
adres do korespondencji

.....
telefon kontaktowy

studia : stacjonarne/ niestacjonarne*

**Prodzikan Wydziału Pedagogiki
i Psychologii**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na wznowienie przeze mnie studiów
w celu przystąpienia do egzaminu magisterskiego/licencjackiego.

.....
podpis studenta

* niepotrzebne skreślić