



AKADEMIA BIAŁSKA

IM. JANA PAWŁA II

DANE PERSONALNE:

NAZWISKO*:

IMIĘ*:

NR ALBUMU:

KIERUNEK:

TELEFON/E-MAIL:

POZIOM STUDIÓW:

pierwszego/drugiego stopnia/ jednolite studia magisterskie**

FORMA STUDIÓW: studia stacjonarne/niestacjonarne**

NR SPRAWY:

**PROREKTOR
ds. kształcenia i studentów
Akademii Białskiej im. Jana Pawła II**

**P O D A N I E
w sprawie wznowienia studiów**

Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów:

- stacjonarnych/niestacjonarnych**
- pierwszego/drugiego stopnia/jednolite studia magisterskie**
- na kierunku:
- w roku akademickim.....
- od semestru nr

Zostałem/am skreślony/na z listy studentów z semestru, roku, z dniem,

z powodu

Oświadczam, że uzupełnię wskazane różnice programowe.

.....
data i czytelny podpis studenta

OPINIE/UWAGI/ADNOTACJE:

Decyzja Prorektora ds. kształcenia i studentów:

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody:**

- a) na wznowienie studiów na kierunku:
- b) od października w semestrze zimowym/od lutego w semestrze letnim **, semestr nr:
- c) w roku akademickim:
- d) termin realizacji różnic programowych zgodnie z KARTĄ RÓŻNIC PROGRAMOWYCH

- Różnice programowe stanowią załącznik do decyzji o wznowieniu studiów i będą realizowane bez konieczności wnoszenia opłat.
- Szczegółową datę rozpoczęcia zajęć w semestrze zimowym lub letnim określa terminarz roku akademickiego.

*proszę wpisać drukowanymi literami
**niepotrzebne skreślić

.....
data, podpis, pieczęć



Uwagi/opinia Kierownika Zakładu:

.....
data, podpis, pieczęć

Opinia Dziekana:

.....
data, podpis, pieczęć