Wydział Matematyki Stosowanej, Gliwice, ………………

studia: stacjonarne/niestacjonarne

Nazwisko i imiona ……………………………….……………….……………………………….………………….………………………

Nr albumu……………….………. rok studiów/semestr: ………….

Specjalność/grupa ……………………….………

Numer telefonu ……………………………………

E-mail ……………………………………………..

**Pan**

**Prodziekan ds. Studenckich i Kształcenia**

**dr inż. Mariusz Pleszczyński**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na wznowienie studiów od semestru ………. w roku akademickim 20………../ 20……….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………

Podpis

Decyzja Prodziekana ds. Studenckich i Kształcenia

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………

Podpis Prodziekana ds. Studenckich i Kształcenia

|  |  |
| --- | --- |
| Pieczątka BOS7 | Numer rejestru |