Leszno, dnia …………………

Imię i nazwisko studenta:
Kierunek:
Zakres studiów:
Rok studiów:
Semestr:
Nr albumu:
Studia (należy zaznaczyć):
[ ]  stacjonarne
[ ]  niestacjonarne

# Panidr Dorota Sipińska, prof. ANSProrektor ds. studentów w/m

# Wniosek na wznowienie studiów

Na podstawie § 33 Regulaminu studiów Akademii Nauk Stosowanych im. J.A. Komeńskiego w Lesznie zwracam się z uprzejmą prośbą o zgodę na wznowienie studiów na kierunku od

Z wyrazami szacunku

…………………………………………………………………

**Opinia Dyrektora Instytutu**

podpis Dyrektora Instytutu