Leszno, dnia …………………

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

# Pani dr Dorota Sipińska, prof. ANS Prorektor 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