

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