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 miejscu**

# 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

1. Opinia Dyrektora Instytutu

podpis Dyrektora Instytutu

1. Decyzja Prorektora ds. studentów

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody

podpis Prorektora ds. studentów