



Poznań, dnia

.....
/imię i nazwisko/

.....
/adres zamieszkania/

.....
/nr albumu/kierunek/stopień/forma studiów/rok/grupa/

**DZIEKAN WYDZIAŁU
NAUK O ZDROWIU
WSZUIE W POZNANIU
dr inż. Agnieszka Wiśniewska**

Zwracam się z prośbą do Pani Dziekan o wyrażenie zgody na wznowienie studiów od semestru, na I/II/III* roku studiów w roku akademickim

Uzasadnienie:

.....
.....
.....

Z wyrazami szacunku:

.....

W załączeniu:

1.

2.

Opinia Działu Spraw Studenckich:

.....
.....
.....
.....

Decyzja Dziekana:

.....
.....
.....
.....

*niepotrzebne skreślić