Warszawa, dnia ……………………………

imię i nazwisko ………………………………..

nr albumu ……………………………………….

rok studiów………………………………………

LICENCJACKIE/ MAGISTERSKIE\*

STACJONARNE/NIESTACJONARNE\*

**Dziekan** [**Wydziału Studiów**](https://osoby.uksw.edu.pl/jednostka/WMCM) **nad Rodziną**

**PODANIE O WZNOWIENIE STUDIÓW**

Proszę o możliwość wznowienia studiów od …………… roku kierunku Nauki o Rodzinie w roku akademickim 20..... / 20..... . Skreślenie z listy studentów nastąpiło w roku akademickim 20….. / 20….. z …………… roku studiów z powodu ……….………………...…………………….……………………………………………………………………………………………………………………….…………...…………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………...………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………

 Z poważaniem

……………………………………………………………

 data, podpis studenta

**Decyzja:** …………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

……………………………………………………………

 data, podpis wydającego decyzję