Wrocław, dnia ……………………..

Imię i nazwisko:…………………………

# nr albumu……………..

# Wydział Zarządzania

# Kierunek: ………………………

# Specjalność: ………………….

# Stopień studiów: I / II\*

# Data rozpoczęcia studiów:…………

Data skreślenia: ……………..

**JM Rektor**

**Wydział Zarządzania**

**Politechniki Wrocławskiej**

**Dotyczy: Wznowienie studiów/ wznowienie w celu przystąpienia o egzaminu dyplomowego\***

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na **wznowienie studiów na etap** (semestr):

…………………………………………………………………………………………………../

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na **wznowienie studiów w celu ponownego złożenia egzaminu dyplomowego**, w semestrze: letnim/zimowym 20…./20…..\*

………………………

*Podpis studenta*

**Decyzja:**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*

………………………………………..……………………………

*(data i podpis osoby działającej z upoważnienia Rektora)*