|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko/Name and surname: ………………………………………………Nr albumu/Student no.:…………………**WYPEŁNIA DZIEKANAT**Wpłynęło dnia:E-mail/Email: .......................................................Adres/Adress: …………………….…………………………Telefon/Phone: …………………….…………………………Wydział Elektroniki, Fotoniki i MikrosystemówKierunek/Field: …………………………….Specjalność/Speciality: …………………………….Rok studiów/Year: ………………., semestr/semester: ……………Forma/Form: StacjonarnePoziom studiów/Level of studies: Studia I stopnia / II stopnia\*Profil: Ogólnoakademicki | Wrocław, ………..………… |

 **JM Rektor**

 **Politechniki Wrocławskiej**

**Dotyczy: Resumption of studies/Wznowienie studiów**

Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów na Wydziale Elektroniki, Fotoniki i Mikrosystemów od semestru **zimowego/letniego**\* roku akademickiego/ I am asking for your consent to resume studies at the Faculty of Electronics, Photonics and Microsystems from the **winter/summer\*** semester of the academic year 20….…/20….…

|  |
| --- |
|  ………………………………….. (podpis studenta) |
| **Wypełnia Dziekan**Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody\* ………………………………….. (podpis i pieczęć dziekana) |