|  |  |
| --- | --- |
| 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 Mikrosystemów  Kierunek/Field: …………………………….  Specjalność/Speciality: …………………………….  Rok studiów/Year: ………………., semestr/semester: ……………  Forma/Form: Stacjonarne  Poziom 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) |