|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: ………………………………………………  Nr albumu:…………………  E-mail: .......................................................  Adres: …………………….…………………………  Telefon: …………………….…………………………  Wydział Elektroniki, Fotoniki i Mikrosystemów  Kierunek: …………………………….  Specjalność: …………………………….  Rok studiów: ………………., semestr: ……………  Forma: Stacjonarne  Poziom studiów: Studia I stopnia / II stopnia\*  Profil: Ogólnoakademicki | Wrocław, ………..…………  **WYPEŁNIA DZIEKANAT**  Wpłynęło dnia: |

**JM Rektor**

**Politechniki Wrocławskiej**

**Dotyczy: Wznowienie studiów**

Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów na Wydziale Elektroniki, Fotoniki i Mikrosystemów

od semestru zimowego/letniego\* roku akademickiego 20….…/20….…

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