|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: ………………………………………………Nr albumu:…………………E-mail: .......................................................Adres: …………………….…………………………Telefon: …………………….…………………………Wydział Elektroniki, Fotoniki i MikrosystemówKierunek: …………………………….Specjalność: …………………………….Rok studiów: ………………., semestr: ……………Forma: StacjonarnePoziom 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) |