Lublin, dnia……………………….…………

.…………………………………………..

 *imię i nazwisko studenta*

…………………………………………..

 *rok, kierunek, rodzaj studiów, stopień*

…………………………………………...

 *numer albumu*

…………………………………………...

 *telefon kontaktowy/email*

**Dziekan**

**Wydziału Pedagogiki i Psychologii
UMCS w Lublinie**

***Wniosek w sprawie wznowienia studiów***

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów na kierunku …………………………… studia pierwszego/ drugiego stopnia/ jednolite magisterskie\*, stacjonarne/niestacjonarne\* z jednoczesnym powtórzeniem semestru …………………… w roku akademickim ………………………… Skreślenie z listy studentów nastąpiło zgodnie z decyzją nr ……………… z dnia ………………………….. z powodu ………………………………………………………………………………………………………………….

….………..…..………………… */czytelny podpis Studenta/*

***\* niepotrzebne skreślić***

***Decyzja***

Na podstawie *Regulaminu studiów UMCS* **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na wznowienie studiów na kierunku …………………………… studia pierwszego/ drugiego stopnia/ jednolite magisterskie\*, stacjonarne/niestacjonarne\* od semestru …………………… w roku akademickim ………………………… z obowiązkiem uzupełnienia różnic programowych do dnia ……………………………

 Lublin, dnia

 *………………………………*

 *podpis Dziekana*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zapoznałem/am się z decyzją  ……………………………
 /data i czytelny podpis Studenta/