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 w celu ukończenia studiów***

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów w celu ich ukończenia. Studia nie zostały ukończone z powodu niezłożenia pracy dyplomowej.

**Uzasadnienie**:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

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

***Decyzja***

.

 Lublin, dnia

 *………………………………*

 *podpis Dziekana*