..................................................................... Puławy, dnia .................................

*imię i nazwisko studenta*

.....................................................................

*kierunek, rodzaj studiów, stopień, rok (rok akademicki)*

.....................................................................

*numer albumu/telefon kontaktowy*

.....................................................................

*adres*

Dziekan

**Wydziału Zamiejscowego UMCS w Puławach**

**P o d a n i e**

Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów na kierunku ...................................., studia pierwszego/drugiego stopnia\*, stacjonarne/niestacjonarne\* z jednoczesnym powtórzeniem semestru ...................... w roku akademickim .................................... Informuję, że skreślenie z listy

studentów zostało dokonane decyzją nr ............................ z dnia ................................... z powodu

................................................................................................................................................................

D e c y z j a

............................................

*podpis studenta*

Na podstawie *Regulaminu studiów UMCS* wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na wznowienie studiów na kierunku ........................................, studia pierwszego/drugiego stopnia\*,

stacjonarne/niestacjonarne\* od semestru ...................... w roku akademickim ..................................

Określam następujące różnice programowe:

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................,

które należy uzupełnić do dnia ................................... .

Zgodnie z obowiązującymi przepisami opłatę za powtórzenie semestru w wysokości

................. zł należy wnieść w terminie do: ………………………...

Puławy, dnia ............................ ......................................................

*podpis i pieczęć dziekana*

\* niepotrzebne skreślić