

Nazwisko i imię .....

Numer albumu .....

Adres .....

.....

Numer telefonu .....

Słupsk, dnia .....

**Adnotacje BOSiD** – podanie złożono  
w dniu .....

przekazano do Rektora

.....  
(podpis pracownika)

**Rektor Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku**

*dr hab. inż. Zbigniew OSADOWSKI, prof. UP*

.....  
(tytuł naukowy, imię i nazwisko Rektora)

Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów. Chcę wznowić studia:

kierunek: .....

ścieżka kształcenia: .....

rok studiów: .....

semestr studiów: .....

\* system studiów: .....

\* rodzaj studiów: .....

w roku akademickim .....

**UZASADNIENIE**

Zgodnie z § 39 ust. 2 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku mam zaliczone .....

semestry/ów studiów, na kierunku .....

ścieżce kształcenia .....

\*

Z listy studentów AP w Słupsku zostałem/am skreślony/a w dniu .....

Studia chcę wznowić, ponieważ .....

.....

.....

.....

.....

.....  
(czytelny podpis studenta)