Biuro Obsługi Spraw
Studenckich i Doktoranckich

Nazwisko i imię .....

Numer albumu .....

Kierunek .....

Rok i semestr .....

* Studia niestacjonarne

* Studia II stopnia

Słupsk, dnia .....

SAdnotacje BOSSiD – podanie złożono w dniu .....

.....

(podpis pracownika)

Rektor Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku

dr hab. inż. Zbigniew OSADOWSKI, prof. UP

(tytuł naukowy, imię i nazwisko Rektora)

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z § 45 pkt. 4 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku, oświadczam, że chcę kontynuować dalszą naukę po urlopie od zajęć.

Proszę o wpisanie mnie w roku akademickim ..... na:

- rok studiów : .....
- semestr studiów: .....
- kierunek: .....
- ścieżka kształcenia: .....
- forma studiów: .....
- poziom kształcenia: .....

UWAGA! Poniży wymóg dotyczy tylko studentów przebywających na urlopie zdrowotnym.

W związku z tym iż przebywałem/łam na urlopie zdrowotnym załączam zaświadczenie lekarskie potwierdzające możliwość kontynuowania nauki.

.....

(czytelny podpis studenta)

** wybrać właściwe*