Poznań, dnia .............................................

Imię: ..........................................................................................................................................

Nazwisko: ..............................................................................................................................

Rok studiów: ............................................

Kierunek studiów: ..................................................................................................................

Nr albumu: ..................................................................................................................

Specjalność: ..................................................................................................................

Rodzaj studiów: pierwszego stopnia/ drugiego stopnia

Forma studiów: studia stacjonarne/ studia niestacjonarne

e-mail ........................................................................................................................................

**Dyrektor studiów w zakresie**

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

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

/tytuł, stopień, imię i nazwisko/

**PODANIE O WZNOWIENIE STUDIÓW (REAKTYWACJĘ)**

Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów (reaktywację) na semestr ..........., rok studiów ..........., kierunek ........................................................................., specjalność .............................................................., w roku akademickim ........................................... .

**Oświadczam, że zaliczyłem ...... rok studiów i uzupełnię wskazane różnice programowe.**

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

/podpis studenta/

**Załączniki uzasadniające przyczyny:**

1. ......................................................
2. ......................................................
3. ......................................................

**Decyzja Dyrektora studiów:** wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*

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

**Różnice programowe\*\*:**

1. .....................................................................................
2. .....................................................................................
3. .....................................................................................
4. .....................................................................................
5. .....................................................................................

Należy uzupełnić do dnia .............................................................

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

/data/ /podpis/

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wypełnia dyrektor studiów