|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |

Numer albumu

Nazwisko i imię ………………………….……………………………………………

Kierunek/specjalność studiów ……………………………………………….

Forma studiów: stacjonarne/niestacjonarne\*

Poziom studiów: pierwszego stopnia / drugiego stopnia / jednolite studia magisterskie\*

Adres do korespondencji: ………………………………………………..

 ………………………………………………..

Numer telefonu: ………………………………………………..

 **JM REKTOR**

 **AKADEMII NAUK STOSOWANYCH W TARNOWIE**

**Wniosek o wyrażenie zgody na wznowienie studiów**

Zwracam się z wnioskiem o wyrażenie zgody na wznowienie studiów w ANS w Tarnowie
na kierunku */wskazać kierunek studiów/* …………………………………..……………………………………..……………………………

studiów */zakreślić właściwy poziom studiów/* pierwszego stopnia/drugiego stopnia/jednolitych magisterskich

w formie */zakreślić właściwą formę/* stacjonarnej/niestacjonarnej

od */wskazać semestr studiów/* ………………….. semestru

w roku akademickim 20……../20……..

*Uzasadnienie wniosku:*

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

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

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

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

Tarnów, dnia …………………………………… ………………………………………………………..

  (czytelny podpis studenta)  \*

\*właściwe zakreślić

Opinia Kierownika Katedry:

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

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

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

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

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

 (data i podpis Kierownika Katedry)

Opinia Dziekana Wydziału:

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

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

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

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

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

 (data i podpis Dziekana)

**DECYZJA**

Rektor Akademii Nauk Stosowanych w Tarnowie:\*

1/ wyraża zgodę na wznowienie studiów od ...... semestru w roku akademickim 20......./20.......

2/ nie wyraża zgody na wznowienie studiów.

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

 (data i podpis Rektora)

\*zakreślić właściwe