



Elbląg, dnia

.....
imię i nazwisko studenta

.....
adres

.....
kierunek studiów, poziom studiów (I lub II stopnia) , rok i semestr

.....
nr albumu

.....
telefon, e-mail

Rektor
Akademii Medycznych i Społecznych
Nauk Stosowanych

WNIOSEK O WZNOWIENIE STUDIÓW

Na podstawie § 25 ust. 1 Regulaminu studiów Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych z dnia 28 czerwca 2024 r. proszę o wyrażenie zgody na wznowienie przeze mnie studiów na kierunku, studia stopnia, w roku akademickim 20...../..... w semestrze

Dotychczas zaliczyłem/łam semestrów studiów.

Jednocześnie wnoszę o uznanie zaliczonych przeze mnie zajęć, z których uzyskałem/łam ocenę pozytywną i zwolnienie mnie z uczestnictwa w tych zajęciach.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

z wyrazami szacunku

.....
podpis studenta

.....
WYPEŁNIA KWESTURA

Stan zaległości finansowych: brak / kwota zaległości

.....
data i podpis pracownika