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*