Słupsk, dnia ………………….

Nazwisko i imię ………………………

**Adnotacje BOSiD –** podanie złożono w dniu …………………………………………….

……………………………………………………...

 (podpis pracownika)

Numer albumu: ……………………….

Adres: …………..………………………..

 …………………………………………..…

 …………………….………………………..

**Rektor Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku**

………………………………....………………………….….

(tytuł naukowy, imię i nazwisko Rektora)

Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów. Chcę wznowić studia:

kierunek: ……….......................................................……..………..

ścieżka kształcenia: ………….......................................…………

rok studiów: ………………......................................................……

semestr studiów: …...................................................…………….

system studiów: stacjonarne/niestacjonarne

rodzaj studiów: I stopnia / II stopnia / JSM

w roku akademickim ………...............................................……...

**UZASADNIENIE**

Zgodnie z § 39 ust. 2 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku mam zaliczone …….….. semestry/ów studiów, na kierunku ……..................................................……………………….............................……. , ścieżce kształcenia ………………………….............................................................................................................…….. studiów I stopnia / II stopnia / JSM.

Z listy studentów UP w Słupsku zostałem/am skreślony/a w dniu ………............................……………………….

Studia chcę wznowić, ponieważ ……………...................…………………………………..................…………………………..

 (wpisać motywację)

Jednocześnie proszę o rozłożenie opłaty za wznowienie studiów na .............. równych rat, płatnych od dnia .........................

 ………………………………………………….

 (czytelny podpis studenta)

**POSTANOWIENIE REKTORA:**