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 AP w Słupsku zostałem/am skreślony/a w dniu ……………………………….\*1

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

 (wpisać motywację)

Jeżeli student nie może wpłacić całości 200 zł.

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

 ………………………………………………….

 (czytelny podpis studenta)

**POSTANOWIENIE REKTORA:**