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 na semestrze i roku:

kierunek: ……………..………..

ścieżka kształcenia: ……………………

rok studiów: ……………………

semestr studiów: ……………….

system studiów: stacjonarne/niestacjonarne

rodzaj studiów: I stopnia/II stopnia/JSM

w roku akademickim ……………...

**UZASADNIENIE**

Byłem/am studentem/studentką I roku, I semestru studiów SPS/SDS/JSM. W dniu …………….. zostałem/zostałam skreślony/skreślona z listy studentów, czyli w trakcie trwania pierwszego semestru. Od daty skreślenia minął okres ……………………... dni.

Zgodnie z § 39 ust. 1 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku tj. ***W wyjątkowych przypadkach rektor może wyrazić zgodę na wznowienie studiów studentowi skreślonemu w trakcie pierwszego semestru, jeżeli od daty skreślenia nie minęło więcej niż 30 dn.*** Proszę więc o wyrażenie zgody na wznowienie studiów, ponieważ …………………………………………………………………………………………………………………………………………

(wpisać uzasadnienie)

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:**