Poznań, dnia ...........................................

………………………………………………………………

numer albumu

................................................................................................

nazwisko i imię

…............................................................................................

………………………………………………………………

adres do korespondencji

................................................................................................

kierunek studiów

………………………… stopnień,……………….. semestr

**Prorektor ds. Studenckich i Kształcenia**

……………………………………………

**ODWOŁANIE OD DECYZJI O SKREŚLENIU Z LISTY STUDENTÓW**

Data skreślenia: ………………..

Powód skreślenia: ………………………………………………………………………………

Uzasadnienie wniosku: ………....................................................................................................

……………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..……

.........................................................

podpis studenta

**Pouczenie:**

Wniosek należy złożyć w dziekanacie w ciągu 14 dni od daty doręczenia decyzji o skreśleniu z listy studentów.