................................................................ - ............................... Opole, dnia …………… 20……… r. (nazwisko i imię) (nr albumu)

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

( rok studiów, kierunek i forma studiów – stacjonarne/niestacjonarne)

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

 (telefon kontaktowy, e-mail)

 **Dziekan**

 **Wydziału Lekarskiego**

 **Uniwersytetu Opolskiego**

**Podanie o uchylenie decyzji w sprawie skreślenie z listy studentów**

W związku z ………………………………………….…………………………………………

uprzejmie proszę o uchylenie decyzji o skreśleniu z listy studentów z dnia ……….…………..

i kontynuację studiów od semestru ….………… roku akademickiego …………../………….. na kierunku ………………….………………………………… tryb………………………… .

Uzasadnienie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………….

 (podpis)

­­­­­­­­­­­­­­­­­­Wyrażam/nie wyrażam zgod(ę)y na uchylenie decyzji o skreśleniu z listy studentów i kontynuacje studiów od semestru ……………. w roku akademickim …..…../………. .

Data…………………….podpis Dziekana……………………………………………….