…………………, dnia ………………..

#  (miejscowość) (data)

# Imię i nazwisko:……………………………………….

# Nr albumu: ……………………

# E-mail: ………………………………………………...

# Adres: …………………………………………………

# Wydział: Wydział Geoinżynierii, Górnictwa i Geologii

# Kierunek podstawowy: …………………………………..

# Specjalność: …………………………………………….

# Rok studiów: ……, semestr: ……

# Forma: stacjonarne / niestacjonarne\*

# Poziom studiów: I-go stopnia inżynierskie / II-go stopnia magisterskie\*

Profil: Ogólnoakademicki

# **JM Rektor**

**Wydział Geoinżynierii, Górnictwa i Geologii**

#  **Politechniki Wrocławskiej**

**Dotyczy: Wznowienia studiów**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na **wznowienie studiów** w semestrze: ……………………

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

 Podpis studenta