Częstochowa, dn. ……………….

Imię i nazwisko

Nr albumu

Nazwa wydziału

Forma i stopień studiów

Kierunek

Semestr

Nr telefonu

**Kierownik dydaktyczny**

[wybierz element]

**Wniosek o przywrócenie w prawach studenta**

Uprzejmie proszę o przywrócenie w prawach studenta na ….. semestr studiów stacjonarnych/niestacjonarnych\* pierwszego/drugiego\* stopnia na kierunku ……………………………………………………. w roku akademickim 202…/202… w semestrze zimowym/letnim\* w zakresie\* …………………………………………….. .

Skreślenie z listy studentów nastąpiło dnia ……………….. z powodu

Ostatni w pełni zaliczony semestr: …………………… .

Jednocześnie zobowiązuję się do terminowego zaliczenia ewentualnych różnic programowych.

czytelny podpis studenta/studentki

**ROZSTRZYGNIĘCIE Kierownika dydaktycznego:**

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\* na przywrócenie w prawach studentaod semestru ……….. w roku akademickim 202.../202... oraz wyznaczam różnice programowe: ………………………………………………………………………………….

data pieczęć i podpis Kierownika dydaktycznego

Różnice programowe do zaliczenia po reaktywacji studiów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Różnica z semestru | Przedmiot | Zakres zaliczenia | Termin uzupełnienia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |