

.....  
imię i nazwisko

.....  
miejscowość i data

.....  
adres (ulica, miejscowość)

.....  
telefon kontaktowy

.....  
kierunek studiów

.....  
studia stacjonarne / niestacjonarne\*

.....  
grupa .....

.....  
nr albumu .....

**JM Rektor**  
**Uniwersytetu Zielonogórskiego**

### **Podanie o wznowienie studiów**

Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów stacjonarnych/niestacjonarnych\* pierwszego stopnia/  
drugiego stopnia/jednolitych magisterskich\* na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Zielonogórskiego  
w roku akademickim ..... od semestru ....., na kierunku .....

Ostatnio studiowałam/em na studiach stacjonarnych/niestacjonarnych\*, pierwszego stopnia/drugiego stopnia/  
jednolitych magisterskich\* na kierunku ..... na Wydziale .....  
..... w Uniwersytecie Zielonogórskim.

Zostałam/em skreślona/y z listy studentów ..... semestru ..... roku z dniem .....  
z powodu .....

Oświadczam, że uzupełnię wskazane różnice programowe.

.....  
czytelny podpis studenta

#### **Decyzja:**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na wznowienie przez Pana/Panią studiów na:

roku ....., semestrze ....., kierunku ....., za opłatą ..... zł wniesioną na koto  
uczelnia do dn. ....., przy następujących ustaleniach:

- bez konieczności uzupełniania różnic programowych,
- pod warunkiem uzupełnienia niżej wymienionych różnic programowych w terminie do .....
- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....
- pod warunkiem zdania egzaminu kontrolnego z przedmiotu: .....
- egzaminator: ....., termin: .....

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć

\* niepotrzebne skreślić