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

|  |
| --- |
| **Podanie złożone dn.** …………………………….**Nr ewid. TEO/**…………………………………… |

Nazwisko i imię

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

Adres do korespondencji

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

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

 Nr telefonu i adres e-mail

 **Pełnomocnik Rektora ds. Studiów Doktoranckich**

 **Wydział Teologiczny**

**Uniwersytetu Szczecińskiego**

# PODANIE

 **Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów na roku** ............ **w semestrze** ............. **roku akademickiego** ……………………… **od dnia** ……………………………………………… .

**Uzasadnienie:**

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

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

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

…………………………………………podpis wnioskodawcy

Załączniki:

1.………………………………………

2. ………………………………………

**Różnice programowe:**

1. ……………………………………………………………………………………………………………

2. ……………………………………………………………………………………………………………

3. ……………………………………………………………………………………………………………