Opole, dnia …………………..

…………………………...

*imię i nazwisko*

…………………………...

*nr indeksu*

…………………………...

*rok/tryb/kierunek studiów*

…………………………...

*numer telefonu*

**Prodziekan**

**ds. kształcenia i studentów**

**………………………………….**

**Podanie o przywrócenie praw studenta i kontynuację studiów**

Na podstawie § 16 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Opolskiego zwracam   
się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przywrócenie praw studenta i kontynuację studiów od semestru …….…… roku akademickiego 201…/201…

Z listy studentów skreślono mnie w dniu ………. z powodu ………………………………….

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

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

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

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

…………………….

podpis studenta

|  |  |
| --- | --- |
| **Decyzja Prodziekana:** | |
| Wyrażam zgodę  ………………………………  Data i podpis dziekana | Nie wyrażam zgody  ………………………………  Data i podpis dziekana |