…………………………………….................... Olsztyn ……………………....…
 Imię i Nazwisko

………………………………………..................

Kierunek , specjalność, forma i rok studiów

………………………………………...................

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

Adres do korespondencji

Dziekan Wydziału Teologii

UWM

w Olsztynie

Proszę o wyrażenie zgody na **wznowienie studiów** stacjonarnych / niestacjonarnych\* pierwszego / drugiego stopnia /jednolite magisterskie\* na Wydziale Teologii w roku akademickim ……………..……………................................................. od semestru ........................................., na kierunku…………………………………..……………………............................................

Ostatnio studiowałem/am na studiach stacjonarnych / niestacjonarnych\*, I stopnia / II stopnia/ jednolite magisterskie \* na kierunku........................................................ na Wydziale ....................................................................

w...................................................................................................................................................................................

nazwa uczelni

Zostałem/am skreślony/a z listy studentów ................................ semestru ........................... roku

z dniem ............................................ z powodu .....................................................................................................

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

Oświadczam, że uzupełnię wskazane różnice programowe.

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

/ czytelny podpis studenta/

|  |
| --- |
| **Decyzja Dziekana:**Podejmuję decyzję:1. o przyjęciu na studia z dniem .................................................. 20 ........... roku.
2. o przyjęciu na studia z dniem ............................................... 20 ........... roku pod warunkiem zaliczenia, względnie zdania egzaminów wynikających z różnic programowych w terminie do ........................................... .

.............................. ............................................... data podpis i pieczęć Dziekana |

W załączeniu:

1. Wypełniony druk różnic programowych
2. .....................................................................
\*niepotrzebne skreślić