Warszawa, ………………………..

Imię i nazwisko
Wydział Nauk o Żywności
Kierunek i stopień studiów
Semestr studiów: ......
Nr albumu: ………………
E-mail: ……………………..
Telefon kontaktowy: ………………..

**Dziekan Wydziału Nauk o Żywności
………………………………………………..**w/m

PODANIE O WZNOWIENIE STUDIÓW CELEM ZŁOŻENIA PRACY DYPLOMOWEJ

Zwracam się z prośbą o wznowienie studiów.

*(proszę podać okoliczności i termin skreślenia z listy studentów oraz potwierdzić zaliczenie wszystkich przedmiotów objętych programem studiów oraz stan zaawansowania przygotowywanej pracy dyplomowej)*

Prośbę swoją uzasadniam …….

Jednocześnie informuję, że jest to moja pierwsza prośba o wznowienie studiów na ich obecnym stopniu.

*Podpis Studenta*

Opinia Promotora:

Opinia Prodziekana:

Decyzja Dziekana:

Biorąc pod uwagę przedstawione powyżej informacje i działając w oparciu o § 18 Regulaminu Studiów wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na wznowienie. Ostateczny termin złożenia pracy dyplomowej ustalam na ……………………….