………………..…………………, dnia…………………..……..
miejscowość

……………………………………………………………………….

imię i nazwisko

……………………………………………………………………….

adres – ulica, numer budynku, numer mieszkania

……………………………………………………………………….

adres cd. – kod pocztowy, miejscowość

……………………………………………………………………….

adres e-mail

**Wniosek o zgodę na przywrócenie w prawach studenta –**

**ponowny wpis na listę studentów
Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie**

Jego Magnificencja

Rektor Uniwersytetu Papieskiego

Jana Pawła II w Krakowie

ks. prof. dr hab. Robert Tyrała

Zwracam się z prośbą o zgodę na przywrócenie w prawach studenta – ponowny wpis na listę studentów Wybierz element. studiów Wybierz element. na kierunku Wybierz element. , od semestru Wybierz element. roku akademickiego Wybierz element.

Przed skreśleniem zaliczyłem/am Wybierz element. rok, Wybierz element. semestr studiów.
Skreślenie nastąpiło ………………………...

 data skreślenia

……………..………………………………..
podpis

Opinia Dziekana: ………………………………………………………………………………………………………………..……………...........................

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

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

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

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

Opinia kierownika kierunku: …………………………………………………………………………………………………………………...........................

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

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

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

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