



Wyższa Szkoła
Administracji
Publicznej

....., dnia.....

Imię i nazwisko:.....

Nr indeksu.....

Kierunek

Rok..... semestr.....

Telefon kontaktowy.....

Adres e-mail:.....

Forma studiów: stacjonarne / niestacjonarne*

Studia I-go stopnia/ Studia II-go stopnia/ prawo *

Dziekan

.....

Wyższej Szkoły Administracji Publicznej w Szczecinie

PODANIE O REAKTYWACJĘ

Proszę o wyrażenie zgody na reaktywację w prawach studenta w roku akademickim:..... na rok studiów.....na semestr.....

Prośbę swą motywuję

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

.....

czytelny podpis