

Katowice, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko – drukowanym pismem)

.....  
(nr albumu)

.....  
(kierunek i tryb studiów)

.....  
(ostatni zaliczony semestr studiów)

.....  
(nr telefonu; adres e-mail właściwy do korespondencji w sprawie złożonego wniosku)

Rektor WSZOP  
prof. dr hab. inż. Bohdan  
Mochnacki

- przez: Prodziekana  
Wydziału Nauk Technicznych-

### WNIOSEK O REAKTYWACJĘ NA STUDIA

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na reaktywację na studia na rok ..... semestr .....  
na kierunku .....  
w semestrze: zimowym\*/letnim\* w roku akademickim .....  
Uzasadnienie .....

*Przyjmuję do wiadomości obowiązek podjęcia studiów na reaktywowanym semestrze z ewentualnym uzupełnieniem różnic programowych*

.....  
(data i podpis studenta)

Wypełnia Dziekanat:

|    |   |  |
|----|---|--|
| 1. | Kierunek studiów/ tryb/ rok/ semestr/ nr edycji |  |
| 2. | Status studenta: .....                          | Ostatni zaliczony semestr: .....               |
| 3. | Data i przyczyna skreślenia                     |  |
| 4. | Różnice programowe: TAK/NIE*                    | Liczba różnic: .....                           |
|    |   | .....<br>(data i podpis pracownika dziekanatu) |

Wypełnia Kasa:

|    |   |                                  |
|----|---|----------------------------------|
| 1. | Potwierdzenie salda konta studenta              |                                  |
| 2. | Student wniósł opłatę za reaktywację** TAK/NIE* | w kwocie .....                   |
|    |   | .....<br>(data i podpis kasjera) |

Opinia Kanclerza (jeśli występuje zaległość finansowa):

.....

Opinia Prodziekana:

.....  
(data i podpis Kanclerza)

.....

Decyzja Rektora:

.....  
(data i podpis Prodziekana)

.....

.....  
(data i podpis Rektora)

\*Niepotrzebne skreślić

\*\*Wadium, które w przypadku braku zgody Rektora będzie zwrócone