|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Politechnika WrocławskaWydział Informatyki i Telekomunikacji |  |

Wrocław, dnia ………..………....

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: | ………………………………………………………………. |
| Nr albumu: | ………………………………………………………………. |
| Kierunek: | ………………………………………………………………. |
| Specjalność: | ………………………………………………………………. |
| Stopień studiów: | ………………………………………………………………. |
| Rok studiów / semestr: ………………………………………………………… Studia stacjonarne |

# Prodziekan ds. kształcenia i dydaktyki

# Wydziału Informatyki i Telekomunikacji

# Politechniki Wrocławskiej

**Dotyczy: Wznowienia studiów**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów w etapie (semestr + rok akademicki):

……………………………………………………………….

**Uzasadnienie**:

**Aktualizacja danych**Informuję, że niżej wymienione dane są aktualne na dzień wypełnienia wniosku oraz że chcę aby zostały one zaktualizowane w aktualnym systemie teleinformatycznym uczelni:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko** |  |
| **Imię / Imiona** |  |
| **Paszport nr\* (dotyczy obcokrajowców)** |  |
| **Adres do korespondencji w Polsce** |  |
| **Adres email** |  |

**…….………………..**
Podpis studenta