Starogard Gd., dnia.........................

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

imię i nazwisko

......................................................................... **Dziekan**

semestr studiów, kierunek, specjalność **dr Monika Popow**

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

telefon

**ODWOŁANIE OD DECYZJI O SKREŚLENIU**

(składa się w ciągu 14 dni od otrzymania decyzji o skreśleniu)

Proszę o uchylenie decyzji o skreśleniu z listy studentów wydanej przez Dziekan PSW.

Uzasadnienie podania:

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

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

Podpis studenta

Data i przyczyna skreślenia...........................................................................................................

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

Dziekanat

**Decyzja Dziekana:**

*Uchylam/nie uchylam\** decyzję o skreśleniu z listy studentów PSW.

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

Podpis i pieczątka Dziekana

Starogard Gdański, dnia...............................................

\* Niepotrzebne skreślić