



Starogard Gd., dnia.....

.....  
imię i nazwisko

.....  
semestr studiów, kierunek, specjalność

**Dziekan WSE PSW  
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 pieczętka Dziekana

Starogard Gdański, dnia.....

\* Niepotrzebne skreślić

