



Starogard Gd., dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....
semestr studiów, kierunek, specjalność

Dziekan WSE PSW

.....
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 pieczęć Dziekana

Starogard Gdański, dnia.....

* Niepotrzebne skreślić

