



Starogard Gd., dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....
semestr studiów, kierunek, specjalność

.....
telefon/mail

**Jego Magnificencja
Rektor
Pomorskiej Szkoły Wyższej
w Starogardzie Gdańskim**

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
Kierownika Jednostki dydaktycznej*

.....
Uzasadnienie podania:

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

.....
Podpis studenta

Data i przyczyna skreślenia.....

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

.....
Dziekanat

Decyzja Rektora:

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

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





.....
.....

.....
Podpis i pieczęć Rektora

Starogard Gdański, dnia.....

* odpowiednio Dziekana w przypadku kierunków realizowanych na wydziale, Dyrektora Instytutu w przypadku kierunków realizowanych w Instytucie, wpisać odpowiedni (Instytut Bezpieczeństwa i Administracji; Instytut Zarządzania, Ekonomii i Logistyki; Instytut Pedagogiki i Psychologii).

