



Starogard Gd., dnia.....

Pomorska Szkoła Wyższa
ul. Kościuszki 112/114
83-200 Starogard Gdański
tel. 58 56 300 90

.....
imię i nazwisko
.....
.....
(kierunek/specjalność)
stacjonarne/niestacjonarne*

PODANIE O SKREŚLENIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o skreślenie mnie z listy studentów
..... rokusemestru Pomorskiej Szkoły Wyższej.

Uzasadnienie:

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

Z poważaniem,

.....
(podpis studenta)

Decyzja Kierownika Jednostki Dydaktycznej:

Wyrażam zgodę. Wszczynam procedurę skreślenia z listy studentów.*
Nie wyrażam zgody.

.....
.....

.....
(data i podpis Kierownika Jednostki Dydaktycznej)

* 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).

