Wrocław,

Imię i nazwisko:

Nr albumu:

# E-mail:

# Wydział: Wydział Matematyki

# Kierunek:

# Rok studiów: , semestr:

# Poziom studiów: Studia I-go stopnia/ II-go stopnia

#  **JM Rektor**

**Wydział Matematyki**

#  **Politechniki Wrocławskiej**

**Dotyczy: Wznowienia studiów**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na **wznowienie studiów** naWydziale Matematyki Politechniki Wrocławskiej na kierunku od semestru zimowego/letniego\* roku akademickiego 20 /20 .

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

 Podpis studenta