(imię i nazwisko) (miejscowość, data)

(rok i kierunek studiów)

(forma i stopień studiów)

(adres e-mail)

(telefon kontaktowy)

(numer albumu)

Sz. P.

Dyrektor / Z-ca Dyrektora Instytutu

 …………………………….

Uniwersytetu Pedagogicznego

im. Komisji Edukacji Narodowej

w Krakowie

**ANULOWANIE DECYZJI O SKREŚLENIU Z LISTY STUDENTÓW**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o uchylenie decyzji o skreśleniu z listy studentów (numer decyzji) …………………., które nastąpiło z powodu

Prośbę tę motywuję tym, że

………………..………………..………………..………………..………………..………………..………………..………

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

(czytelny podpis studenta)

**Decyzja Dyrektora/Z-cy Dyrektora Instytutu w sprawie anulowania decyzji o skreśleniu z listy studentów:**

🞏 Wyrażam zgodę

🞏Nie wyrażam zgody, ponieważ

🞏 Zapraszam Panią/Pana w czasie mojego dyżuru na rozmowę w tej sprawie.

Data: Podpis: