

Lublin, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Kierunek / tryb studiów

.....
Numer albumu

.....
Numer telefonu

Rektor
Akademii Nauk Stosowanych Wincentego Pola
dr hab. Mariusz Korczyński prof. Uczelni

PODANIE O REAKTYWACJĘ

Proszę o wyrażenie zgody na reaktywację na kierunek

.....
.....

w roku akademickim/ na semestr

Prośbę moją motywuję tym, iż

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

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem

.....
(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić