

Gdańsk, dnia ..... r.

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(numer albumu)

Kierunek studiów.....

Tryb studiów : I stopień / II stopień / Jednolite mgr \*

Rok studiów ..... Semestr .....

.....  
data wpływu wypełnia pracownik AWFIS

Forma studiów: stacjonarne / niestacjonarne \*

Telefon kontaktowy.....

Adres e-mail .....

dr Piotr Makar  
Dziekan Wydziału Kultury Fizycznej  
Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu  
im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku

### **WNIOSEK o uchylenie decyzji skreślenia**

Proszę o uchylenie decyzji skreślenia z listy studentów nr ..... z dnia ..... r.  
z powodu .....

#### **Uzasadnienie**

Załączniki :

1. ....

2. ....

Z poważaniem

.....  
(własnoręczny podpis Studenta)

---

### **DECYZJA**

Działając zgodnie z § 28 ust. 5 Regulaminu Studiów AWFIS w Gdańsku wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody\*  
na uchylenie decyzji o skreśleniu z listy studentów.

.....  
data i podpis

\* niepotrzebne skreślić