



Kutno, dnia r.

WNIOSEK O PRZYWRÓCENIE TERMINU

Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Nauk Stosowanych Gospodarki Krajowej w Kutnie

Dane studenta / osoby składającej wniosek

Imię i nazwisko:
Numer albumu:
Kierunek studiów:
Poziom i forma studiów:
Semestr:
Adres e-mail / telefon:

Treść wniosku

Wnoszę o przywrócenie terminu do

Uzasadnienie uchybienia terminowi:

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

Załączniki

1.
2.
3.

Oświadczenie

Oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Przyjmuję do wiadomości, że rozpatrzenie wniosku następuje zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującymi, Regulaminem studiów oraz aktami wewnętrznymi ANSGK w Kutnie.

.....
data i podpis studenta

.....
adnotacje dziekanatu / decyzja