Opole, dnia……….……..

**Imię i Nazwisko**: ……………………………..

adres do korespondencji: ……………………..

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

nr albumu: …………………………………….

adres e-mail: …………………………………..

telefon komórkowy: ….……………………….

**Dziekan
Wydziału Chemii i Farmacji
Uniwersytetu Opolskiego**

**Wniosek o przywrócenie praw studenta i kontynuowanie studiów\***

Zwracam się z prośbą o przywrócenie praw studenta i kontynuowanie studiów
na Wydziale Chemii i Farmacji Uniwersytetu Opolskiego, na kierunku: ……………...……….

od semestru ………roku akademickiego ……………..

Uzasadnienie:

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

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

.………..……………….

czytelny podpis studenta

\* §27 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Opolskiego