Wrocław, dnia ……………..

# Imię i nazwisko: ………………..

# Nr albumu: …………………….

# E-mail: …………………………

# Adres: ………………………………..

# Wydział/Filia: ……………………….

# Kierunek podstawowy: ………………

# Specjalność:

# Rok studiów: …………., semestr: ………

# Forma: Stacjonarne

# Poziom studiów: ………………………..

#  **JM Rektor**

**Wydział Elektryczny**

#  **Politechniki Wrocławskiej**

**Dotyczy: Wznowienia studiów**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na **wznowienie studiów** w semestrze: …………………………………………….

(np. zimowym 2023/24)

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

 Podpis studenta