



Gdańsk, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
nr albumu

.....
nr telefonu komórkowego lub domowego

.....
adres e-mail

DO REKTORA

PODANIE

Proszę o **przywrócenie** mnie w prawach studenta Wyższej Szkoły Zdrowia w Gdańsku:

w roku akademickim /	na semestr*	I	II	III	IV	V	VI	VII
			zimowy / letni						
na kierunek studiów		specjalność							
do grupy		forma studiów*	studia stacjonarne / studia niestacjonarne						

Uzasadnienie:

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

Z poważaniem

.....

ADNOTACJA DZIAŁU PŁATNOŚCI I STYPENDIÓW:

opłata za przywrócenie			
opłata czesnego			
inne			
		data	pieczętka i podpis

DECYZJA REKTORA

<i>Przywracam w prawach studenta po uregulowaniu wszelkich zobowiązań wobec uczelni.</i>		
<i>Wpis na semestr w roku akad. /</i>		
<i>Termin uzupełnienia zaległości wynikających z powstałych różnic programowych**, rozliczyć do dnia</i>		
<i>Nie wyrażam zgody</i>		
.....	data	pieczętka i podpis
.....	data	pieczętka i podpis

* właściwe zakreślić

** adnotacja Biura Obsługi Studenta

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Zdrowia z siedzibą w Gdańsku przy ul. Pelplińskiej 7 (80-335).

Dane osobowe będą przetwarzane w realizacji przedmiotu działalności edukacyjnej WSZ na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), b), c) i lit. f) RODO.