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

# imię i nazwisko, nr albumu studenta data

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

rok i specjalność studiów (lub dane adresowe)

**…………………………..**

**obowiązkowo numer telefonu**

## J. M. Rektor

## Akademii Nauk Stosowanych

## TWP w Szczecinie

**prof. ANS TWP dr Grażyna Leśniewska**

**ODWOŁANIE OD DECYZJI O SKREŚLENIU**

**( składa się w ciągu 14 dni od otrzymania decyzji Dziekana)**

Proszę o uchylenie decyzji o skreśleniu z listy studentów nr ..................................
z dnia ................................ wydanej przez Dziekana Wydziału Nauk Społecznych
i Stosowanych ANS TWP w Szczecinie.

Uzasadnienie

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

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

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

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

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

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

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

podpis studenta

Opinia Dziekana

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

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

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

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

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

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

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

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

podpis Dziekana