Imię i nazwisko studenta Miejscowość i data

Kierunek/specjalność studiów

Nr albumu, rok i tryb studiów

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

 J.M. Rektor Dolnośląskiej Szkoły Wyższej

 ………………………………………………..

Dotyczy: **odwołanie od decyzji o skreśleniu z listy studentów**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o anulowanie decyzji Dziekana o skreśleniu z listy studentów.

Uzasadnienie:

 Z poważaniem

 podpis

|  |
| --- |
| Opinia Dziekana: |
| Decyzja Rektora: |