



Powiślańska Szkoła Wyższa  
ul. 11 Listopada 29: 82-500 Kwidzyn  
tel/fax (55) 261 31 39; tel. (55) 279 17 68  
[www.wsz.kwidzyn.edu.pl](http://www.wsz.kwidzyn.edu.pl)  
[dziekanat@psw.kwidzyn.edu.pl](mailto:dziekanat@psw.kwidzyn.edu.pl)

Kwidzyn, dnia .....

.....  
imię i nazwisko/ nr albumu

.....  
kierunek/specjalność

stacjonarne/niestacjonarne\*

forma studiów

**Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu  
dr n. med. Maria Ignacy Pirski**

**PODANIE**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o reaktywowanie w prawach studenta Powiślańskiej Szkoły Wyższej w roku akademickim ...../....., na semestr ....., na kierunek....., na specjalność ....., forma studiów: stacjonarne/niestacjonarne\*.

Uzasadnienie:.....  
.....  
.....  
.....

Z poważaniem

**DECYZJA DZIEKANA:**

1. Przywracam w prawach studenta po uregulowaniu wszelkich zobowiązań wobec uczelni.
2. Wpis: .....
3. Termin uzupełnienia zaległości, wynikających z powstałych różnic programowych, należy rozliczyć w terminie do dnia .....
4. Nie wyrażam zgody .....

.....  
data i podpis Dziekana

.....  
data i podpis studenta



*Powiślańska Szkoła Wyższa  
ul. 11 Listopada 29: 82-500 Kwidzyn  
tel/fax (55) 261 31 39; tel. (55) 279 17 68  
[www.wsz.kwidzyn.edu.pl](http://www.wsz.kwidzyn.edu.pl)  
[dziekanat@psw.kwidzyn.edu.pl](mailto:dziekanat@psw.kwidzyn.edu.pl)*

(\*) niepotrzebne skreślić