



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 skreślenie mnie z listy studentów ..... roku  
.....semestru Powiślańskiej Szkoły Wyższej.

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

Z poważaniem

#### **DECYZJA DZIEKANA:**

Wyrażam zgodę. Wszczynam procedurę skreślenia z listy studentów.

Nie wyrażam zgody.....

.....  
data i podpis Dziekana

.....  
data i podpis studenta

(\*) niepotrzebne skreślić