Opole, dnia……………..

**Imię i Nazwisko**: ……………………………

adres do korespondencji:

……………………………………………………..

nr albumu: ……………………………………..

adres e-mail: ………………………………….

telefon komórkowy: ………………………..

**Dziekan**

**Wydziału Chemii i Farmacji**

**Uniwersytetu Opolskiego**

**Wniosek o przywrócenie praw studenta i kontynuowanie studiów** **\***

Zwracam się z prośbą o przywrócenie praw studenta i kontynuowanie studiów
na Wydziale Chemii Uniwersytetu Opolskiego, na kierunku:………………………………….

od semestru………roku akademickiego ……………..

Uzasadnienie:

………..……………….

czytelny podpis studenta

\* §27 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Opolskiego