

WYŻSZA SZKOŁA INŻYNIERII I ZDROWIA w WARSZAWIE

Warszawa, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
nr albumu

.....
nr telefonu komórkowego lub domowego

Do Rektora WSiIZ
dra n. chem. Sebastiana Grzyba

WNIOSEK

Proszę o **przywrócenie** mnie w prawach studenta Wyższej Szkoły Inżynierii i Zdrowia w Warszawie:

w roku akademickim	 /	na semestr*	I	II	III	IV	V	VI	VII
			zimowy / letni						
na kierunek		ścieżka kształcenia							
do grupy		tryb studiów*	stacjonarny / niestacjonarny						
Ilość rat czesnego*		☐ jedna ☐ dwie ☐ cztery							

Uzasadnienie:

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

Z poważaniem

.....

ADNOTACJA BIURA PŁATNOŚCI:

opłata za przywrócenie w prawach studenta			
opłata czesnego			
Inne		data	pieczętka i podpis osoby upoważnionej

DECYZJA REKTORA:

Przywracam w prawach studenta po uregulowaniu wszelkich zobowiązań wobec uczelni. Wpis na semestr w roku akad. / Termin uzupełnienia zaległości wynikających z powstałych różnic programowych**, rozliczyć do dnia.....		
	data	pieczętka i podpis osoby upoważnionej
Nie wyrażam zgody 	data	pieczętka i podpis osoby upoważnionej

* właściwe zakreślić

** adnotacja Biura Spraw Studenckich

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia z siedzibą w Warszawie przy ul. Bitwy Warszawskiej 1920 nr 18 (02-366). Dane osobowe będą przetwarzane w realizacji przedmiotu działalności edukacyjnej WSiIZ na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), b), c) i lit. f) RODO.