Ostrołęka, ............................................................

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

 (nazwisko i imię studenta)

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

 (adres)

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

 (telefon)

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

 (rok studiów/semestr/grupa)

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

 (specjalność, nr albumu)

 ***Rektor WSAP w Ostrołęce***

 ***prof. WSAP dr Łucja Lisiecka***

**PODANIE O PRZESUNIĘCIE TERMINU OPŁATY**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przesunięcie wpłaty czesnego za ………… rok ….…..….. semestr w roku akademickim 20…..../20…….

 Uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………...……………………………….…………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Bardzo proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

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

 podpis studenta

Decyzja Rektora

1. Wyrażam zgodę …………………………………………………………………………………………………………..

data i podpis

1. Nie wyrażam zgody ……………………………………………………………………………………………………….

data i podpis