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 ZWROT CZESNEGO**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwrot czesnego za ………… rok ….…..….. semestr w roku akademickim 20…..../20……. z powodu ……………………………………………………………………………………..

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

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

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

Bardzo proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

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

 podpis studenta

Decyzja Rektora

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

data i podpis

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

data i podpis