

Imię i nazwisko:

Nr albumu:

Adres:

Email:

Tel. kom.:

Do:

Dziekan Wydziału Teologicznego
Ewangelikalnej Wyższej Szkoły
Teologicznej

Podanie o wznowienie studiów

Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów na dzień egzaminu dyplomowego. Prośbę swą motywuję

(data i podpis)

Opinia promotora:

Decyzja Dziekana: