

# 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						

Uzasadnienie:

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

Z poważaniem

.....

## ADNOTACJA DZIAŁU FINANSOWEGO:

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

\* właściwie 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.