

Warszawa, dnia.....

.....  
nazwisko i imię /numer albumu/  
.....  
semestr, rok, kierunek  
.....  
tryb studiów  
.....  
numer telefonu  
.....  
adres do korespondencji  
.....

**Rektor**  
**Wyższej Szkoły Rehabilitacji**  
**prof dr hab. n. med. Jerzy E. Kiwerski**

**ODWOŁANIE OD DECYZJI**

**W SPRAWIE SKREŚLENIA Z LISTY STUDENTÓW \***

W związku ze skreśleniem mnie z listy studentów proszę o uchylenie decyzji  
Dziekana Wydziału Rehabilitacji nr ..... z dnia .....  
Jak podano w decyzji powodem skreślenia było .....

**Uzasadnienie odwołania:**

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

.....  
*podpis studenta*

Uwagi pracownika Dziekanatu, Działu Finansów

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

\* Odwołanie należy złożyć w terminie do 14 dni od otrzymania decyzji o skreśleniu.