

Wałbrzych, dn.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr albumu, kierunek studiów)

.....
(rok, stopień i forma studiów)

.....
(nr telefonu, e-mail)

Szanowny Pan
dr Piotr Sylwestrzak
Kancierz
Akademia Nauk Stosowanych
Angelusa Silesiusa

Uprzejmie proszę o*:

- ☐ rozłożenie opłat za studia na równe raty
☐ rozłożenie zaległości w opłatach na równe raty
☐ całkowite / częściowe* zwolnienie z opłat za studia
w roku akademickim 20 ... / 20 ...

Uzasadnienie:

.....
.....

Z poważaniem

.....
(czytelny podpis studenta)

Wypełnia Uczelnia

Opinia/uwagi Działu Nauczania i Spraw Studenckich:				
Podstawa prawna:				
Terminy:				
Kwota / rata:				
Inne:				
Uwagi:	Opinia Kierownika DNiSS*: ☐ akceptuję ☐ nie akceptuję Data i podpis:		Decyzja Kancelarza*: ☐ wyrażam zgodę ☐ nie wyrażam zgody Data i podpis:	

* właściwie zaznaczyć