Wrocław, dn. ……….…………..

**WNIOSEK**

 **LIKWIDACJĘ STUDIÓW PODYPLOMOWYCH**

**Wydział:** ……………………………………………………..…………………………………………

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

**Instytut/Katedra:** ……..………………………………….…………………………………………………………………... …………………………………………………………………………………………………………

**Nazwa studiów podyplomowych:**

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

**Kierownik studiów podyplomowych:**

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

**Planowany termin zamknięcia Studiów Podyplomowych:**

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

**Powód zamknięcia Studiów Podyplomowych:**

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

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

 **Akceptacja:**

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

 (podpis dziekana) (podpis prorektora ds. studenckich i edukacji)