**Rektor**

**Uniwersytet Medyczny**

**im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

Studia Podyplomowe

………………………

Na Wydziale ………………………………………………….

ul……………………………………

Tel…………………………………..

e- mail:………………………………

 Wrocław, dnia ……………………..

 **Pani/Pan**

 …………………………………….

 …………………………………….

 ……………………………….……

**Decyzja nr ……………………./20…….**

# Na podstawie § 19 Regulaminu studiów podyplomowych prowadzonych w Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (stanowiący załącznik do uchwały nr 2632 Senatu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu z dnia 26 czerwca 2024 r.) Kierownik Studiów Podyplomowych z upoważnienia Rektora postanawia, że:

skreśla Panią / Pana z dniem ………….. z listy uczestników studiów podyplomowych…………….. ………………………………………… (nazwa studiów podyplomowych …………….) Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z powodu …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie**

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

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

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

Pouczenie

Od decyzji o skreśleniu przysługuje odwołanie do Prorektora ds. Strategii Rozwoju Uczelni w ciągu 14 dni od daty jej doręczenia.
Wniosek wnosi się za pośrednictwem organu, który wydał decyzje.

Z upoważnienia Rektora

**Kierownik Studiów Podyplomowych**

……………………….

*\* niepotrzebne skreślić*