**Rektor**

**Uniwersytet Medyczny**

**im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

**Studia Podyplomowe**

………………………………………………………………..

**Na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

………………………………………………...

**ul**……………………………………………………………...

**Tel**…………………………………………………………….

Wrocław, dnia ……………………..

**Pani/Pan**

……………………………………………

……………………………………………

……………………………….…………...

**Decyzja o przyjęciu/nieprzyjęciu na studia podyplomowe\***

# Na podstawie § 9 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 działający z upoważnienia Rektora postanawia, że:**

Został (a) Pan / Pani przyjęty (a) / nieprzyjęty (a)\* na studia podyplomowe ……………………….. …………………………………… (nazwa studiów podyplomowych) w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu z dniem ………………………………………………..

**Uzasadnienie**

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

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

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

Pouczenie

Od decyzji Kierownika studiów podyplomowych o nieprzyjęciu na studia podyplomowe kandydatowi przysługuje odwołanie do Rektora w ciągu 14 dni od daty jej doręczenia. Wniosek wnosi się za pośrednictwem organu, który wydał decyzje.

………….……………….

**Kierownik Studiów Podyplomowych**

***\* niepotrzebne skreślić***