**Uniwersytet Medyczny**

**im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

Studia Podyplomowe

………………………

Na Wydziale ………………………………………………….

we Wrocławiu

ul……………………………………

Tel…………………………………..

e- mail:………………………………

 Wrocław, dnia ……………………..

 Pani/Pan

 …………………………………….

 …………………………………….

 ……………………………….……

**Decyzja nr ……………………./20…….**

# Na podstawie art. 104 ust. 1 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz.U. 2018 poz. 2096), § 67 ust. 2 pkt 10 Statutu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu z dnia 19 czerwca 2019 r. (t.j. załącznik do uchwały nr 2090 Senatu UMW z dnia 18 grudnia 2019 r.) oraz §6 ust. 2 Regulaminu studiów podyplomowych prowadzonych w Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (Uchwała nr ………….. Senatu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu z dnia ……………….)

**Dziekan 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 niniejszej decyzji przysługuje Pani/Panu wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy,
w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji. Wniosek wnosi się za pośrednictwem organu, który wydał decyzję.**

Z upoważnienia Rektora

Dziekan

………………………….

*\* niepotrzebne skreślić*