…………………………………………………………………………

(imię i nazwisko kandydata)

…………………………………………………………………………

(miejscowość, data)

…………………………………………………………………………

(adres zamieszkania)

…………………………………………………

(PESEL/ nr paszportu)

……………………………………………….

(nr telefonu)

**Rektor**

**Uniwersytetu Wrocławskiego**

**WNIOSEK o przywrócenie terminu do wniesienia odwołania**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na złożenie odwołania w terminie późniejszym z powodu:……………………………………………………………………………………………………………………………………

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

 ………………………………………………

 *(podpis kandydata)*

Opinia Przewodniczącego WKR:

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

 …………………………………………………………

 (podpis Przewodniczącego WKR)

Decyzja Rektora:

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

 …………………………………………………………

 (podpis Rektora)