

Wrocław, ……………….

Pani/Pan…………………..

Mr./Ms

Imię nazwisko…………….

Full name

Adres………………………

Address

**DECYZJA / DECISION .........../ 20…….**

**Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu /**

**of Rector of Wroclaw Medical University**

**(wersja w języku polskim)**

Na podstawie art. 104, 107 i art. 162 § 1 ust. 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. 2013.267), art. 207 ust. 1 oraz art. 169 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (t.j. Dz.U.2012.572 ze zm.), § 151 Statutu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (załącznik do Uchwały Senatu UMW nr 1324 z dnia 25 września 2013 r. ze zm.) oraz Uchwały nr …… ze zm. Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia …….. r. w sprawie warunków rekrutacji kandydatów na studia oraz terminu rozpoczęcia i zakończenia rekrutacji, w tym prowadzonej w drodze elektronicznej, dla poszczególnych kierunków studiów w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu w roku akademickim …… w wyniku postępowania rekrutacyjnego

Rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

**działając z urzędu,**

**stwierdza wygaśnięcie decyzji** nr ……… z dnia ……..… o przyjęciu Pani/Pana na I rok jednolitych magisterskichniestacjonarnych studiów prowadzonych w języku angielskim na kierunku.........Wydziału ………….. Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, z uwagi na fakt, iż decyzja wydana została z zastrzeżeniem dopełnienia przez stronę   
w całości określonych w niej warunków, a strona nie dopełniła całości tych warunków.

**Uzasadnienie**

Na podstawie art. 162 §1 ust. 2 KPA oraz Uchwały Nr …. Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu   
z dnia ….. r. w sprawie warunków rekrutacji kandydatów na studia oraz terminu rozpoczęcia i zakończenia rekrutacji, w tym prowadzonej w drodze elektronicznej, dla poszczególnych kierunków studiów w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu w roku akademickim ….., w związku z decyzją nr………. z dnia………. o przyjęciu Pani/Pana na I rok jednolitych magisterskichniestacjonarnych studiów prowadzonych w języku angielskim na kierunku.........Wydziału ………… Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, stwierdza się niespełnienie przez Panią/Pana w wyznaczonym terminie następujących warunków, określonych w ww. decyzji nr ………. z dnia ……….. o przyjęciu na studia \* :

1. ……………………………………………………………………..
2. ……………………………………………………………………..
3. ……………………………………………………………………..

Mając powyższe na uwadze orzeka się jak w sentencji.

**Pouczenie**

1. Decyzję sporządzono w dwujęzycznej wersji − tekst w języku polskim i tekst w języku angielskim. W razie rozbieżności przy interpretacji niniejszej decyzji, tekst w języku polskim będzie uważany za rozstrzygający.
2. Każda ze stron otrzymuje po jednym egzemplarzu decyzji.
3. Od powyższej decyzji przysługuje Pani/Panu prawo do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy do Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w terminie 14 dni od daty doręczenia niniejszej decyzji. Podstawą odwołania od niniejszej decyzji może być jedynie wskazanie naruszenia obowiązujących warunków   
   i trybu rekrutacji na studia lub bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa. Wniosek należy złożyć   
   w Dziekanacie Wydziału …….. przy ul. ……...

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

\*) wpisać wszystkie niespełnione warunki

**(English language version)**

Under Art. 104, 107 and Art. 162 Sec. 1 (2) of the Act of 14 June 1960 Code of Administrative Procedure (i.e. Journal of Laws of 2013 item 267), Art. 207 Sec. 1 and Art. 169 of the Act of 27 July 2005 Law on Higher Education (i.e. Journal of Laws of 2012 item 572 with further amendments), § 151 of the Statutes of the Wroclaw Medical University (Appendix to the Resolution of the Senate of WMU No. 1324 of 25 September 2013 with further amendments) and the Resolution No. …… with further amendments of the Senate of the Wroclaw Medical University of …… r. on terms of recruitment of candidates to study and dates of commencement and completion of recruitment, including electronic recruitment, for specific majors at the Wroclaw Medical University in the Academic Year …….. in result of the recruitment procedure

Rector of Wroclaw Medical University

**acting ex officio,**

**hereby confirms the expiry of the Decision** No. ……… of ……..… on admission of Mr./Ms. to the 1st year of uniform magister full-time studies conducted in English in the major of ......... of the Faculty of ………….. of the Wroclaw Medical University, due to the fact that the said Decision was issued with the reservation of completion of the specified terms by the admitted person, and the said person failed to meet such conditions fully.

**Justification**

Under Art. 162 Sec. 1 (2) of the Code of Administrative Procedure and the Resolution No. ….. of the Senate of the Wroclaw Medical University of ….. r. on terms of recruitment of candidates to study and dates of commencement and completion of recruitment, including electronic recruitment, for specific majors at the Wroclaw Medical University in the Academic Year ….., in connection with Decision No. ......... of........ on your admission to the 1st year of uniform magister full-time studies conducted in English in the major of ......... of the Faculty of ………….. of the Wroclaw Medical University, it is concluded that you failed to meet the following terms on the specified date, as set out in the above mentioned Decision No....... of .......... on admission to study\* :

1. ……………………………………………………………………..
2. ……………………………………………………………………..
3. ……………………………………………………………………..

For these reasons it was decided as above.

**Instruction**

1. This Decision was drawn up in two language versions: in Polish and in English. In case of discrepancy of interpretation of this Decision, the Polish language version will prevail.
2. Each Party receives one copy of the Decision.
3. You may request to have this Decision reexamined by applying to the Rector of Wroclaw Medical University within 14 days from the serving of this Decision. A basis of appeal may be only a statement of breach of valid terms and manner of recruitment to study or mandatory provisions of the law. The application should be filed at the Dean's Office of the Faculty of ......... at ul. ..........

\*) enter all unfulfilled conditions

|  |
| --- |
| ………………………………  podpis |
| Rektora Uniwersytetu Medycznego  we Wrocławiu  Signature  Rector of Wroclaw Medical University |