Łódź, dnia ..................................................

..............................................................

*nazwisko i imię studenta*

|  |
| --- |
| Podanie złożone dn. ....................... |

*..............................................................*

*rok studiów*

..............................................................

*kierunek studiów*

*...........................................................*

*nr albumu*

..............................................................

*telefon*

..............................................................

*e-mail*

**Pani  
dr hab.  n. med. prof. nadzw. Monika Łukomska-Szymańska  
Prodziekan ds. Nauki i Rozwoju Nauczania Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego**

**PODANIE**

Proszę o wyrażenie zgody na ***Indywidualną Organizację Studiów******w semestrze*** *……….…****w roku akademickim****…………………………*

**Uzasadnienie:**

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

................................................... *podpis studenta*

*Załączniki:*

*1*. ...........................................................

2. ...........................................................

*Na podstawie § 11 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego uchwalonego Uchwałą nr 312/2019 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 27 czerwca 2019r.****wyrażam*** */* ***nie wyrażam zgodę(y****) na Indywidualną Organizację Studiów w semestrze:…………………*

*Data ........................................... Podpis Prodziekana .............................................*