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**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o reaktywowanie mnie w prawach studenta …... roku studiów w roku akademickim

………./............ w semestrze…………. na kierunku………………………………………………………………………….

w trybie stacjonarnym / niestacjonarnym.

**Uzasadnienie:**

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

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

 *podpis studenta*

*Załączniki:*

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

*2. ...........................................................*

*Na podstawie § 55, § 56, § 57, §58, §59 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi uchwalonego Uchwałą nr 312/2019 z dnia 27 czerwca 2019r. Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi* ***wyrażam zgodę*** */****nie wyrażam zgody***

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