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 ***zmianę grupy dziekańskiej z …. na ….. .***

**Uzasadnienie:**

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

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

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

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

*Załączniki:*

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

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

*Na podstawie § 10 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego uchwalonego Uchwałą nr 312/2019 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 27 czerwca 2019r.* ***wyrażam*** */* ***nie wyrażam zgodę(y****)*

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

*\*( W przypadku braku zaliczenia: należy wymienić niezaliczone przedmioty)*