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

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

*nazwisko i imię studenta*

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

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

*rok studiów*

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

*kierunek studiów*

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

*nr albumu*

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

*telefon*

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

*e-mail*

**Pani
prof. dr hab. n. med. 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 § 56, § 57, §58, §59, §60 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi uchwalonego Uchwałą nr 374/2020 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 28 kwietnia 2020r. Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi* ***wyrażam zgodę*** */* ***nie wyrażam zgody***

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