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**

Proszę o wyrażenie zgody na ***zmianę grupy dziekańskiej z ……. na …….. od semestru ……w roku akademickim …………….***

**Uzasadnienie:**

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

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

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

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

*Załączniki:*

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

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

*Na podstawie Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego* ***wyrażam*** */* ***nie wyrażam zgodę(y****) na zmianę grupy dziekańskiej.*

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