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

*Imię i nazwisko studenta* Łódź, dnia.....................................

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

*Nr albumu*

…………………………………………….

*Wydział / kierunek*

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

*Rok studiów / rodzaj studiów ( st. / nst. )*

………………………………….

*Telefon kontaktowy*

 **Prodziekan Wydziału Lekarskiego**

 **ds. Nauki i Rozwoju Nauczania**

 **Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

 ***prof. dr hab. n.med. Monika Łukomska-Szymańska***

## PODANIE O REAKTYWACJĘ

Zwracam się z prośbą o wznowienie studiów na semestr .......... w roku akademickim ............./.............
na kierunku………………………………….............................................................................................

Skreślenie z listy studentów nastąpiło w dniu ………………………………………………………..….

z powodu

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

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

………………………………………

 *Podpis studenta*

Załączniki:

1. ……………………………………………………………………………………………….

**Decyzja Prodziekana:**

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

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

 *Data, podpis Prodziekana*