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

*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*