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

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

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

*Nr albumu*

…………………………………………….

*Wydział / kierunek*

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

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

………………………………….

*Telefon kontaktowy*

 **Prodziekan ds. Nauki i Rozwoju Nauczania**

 **Oddziału Stomatologicznego**

 **Wydziału Lekarskiego UM w Łodzi**

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

**Wniosek**

 Proszę o wyrażenie zgody na **zmianę formy studiów**na kierunku: lekarsko – dentystycznym z formy **niestacjonarnej/stacjonarnej** na formą **stacjonarną / niestacjonarną** w roku akademickim ……./……. w związku z ………………………………………………………….

**Uzasadnienie:**

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

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

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

**Decyzja Prodziekana**

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

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

 *Data, podpis Prodziekana*