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

*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*