Łódź, dnia ..................................................

Imię i nazwisko studenta …………………………………..

Adres zamieszkania ………………………………………..

Kierunek i rok studiów ……………………………………

Data rozpoczęcia studiów …………………………… …….

Numer albumu ……………………

**Szanowna Pani
dr hab. n. o zdrowiu profesor uczelni Ewa Borowiak
Prodziekan ds. Oddziału Pielęgniarstwa**

**I Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu**

**PODANIE**

**Wznowienie Studiów**

# Zwracam się z uprzejmą prośbą o reaktywowanie mnie w prawach studenta…........roku studiów w roku akademickim ………....................... w semestrze……………………………………………. na kierunku…………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie:**

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

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

 *podpis studenta*

 *Załączniki:*

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

*2. ...........................................................*

*Na podstawie § 64, § 65, § 66, § 67, Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi uchwalonego Uchwałą nr 187/2018 z dnia 24 kwiecień 2018 r. Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi* ***wyrażam zgodę***  */* ***nie wyrażam zgody***

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