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 Wydziału Nauk o Zdrowiu
ds. Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa**

**PODANIE**

**Wznowienie Studiów**

# Zwracam się z uprzejmą prośbą o wznowienie studiów w roku akademickim ………....................... w semestrze……………………………………………. na kierunku………………………………….. .

**Uzasadnienie:**

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

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

 *podpis studenta*

 *Załączniki:*

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

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

*Na podstawie § 56 § 57, § 58, § 59, § 60, § 61 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi uchwalonego Uchwałą nr 374/2020 z dnia 28 kwiecień 2020 r. Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi* ***wyrażam zgodę***  */* ***nie wyrażam zgody***

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