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

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

Adres zamieszkania ………………………………………..

Kierunek i rok studiów ……………………………………

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

Numer albumu ……………………

 **Szanowna Pani**

 **Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu**

 **ds. Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa**

 **dr hab. n. o zdrowiu profesor uczelni Ewa Borowiak**

**PODANIE**

**Wznowienie Studiów**

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

**Uzasadnienie:**

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

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

 ***podpis studenta***

 *Załączniki:*

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

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

**Decyzja Prodziekana:**

*Na podstawie obowiązującego Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

………………………………………

***Data, podpis Prodziekana***