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

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

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

*Nr albumu*

…………………………………….

*Wydział / kierunek*

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

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

…………………………………….

*Telefon kontaktowy*

**Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego**

**ds. Oddziału Medycyny Laboratoryjnej**

**dr hab. n.med. Joanna Sikora prof. uczelni**

## PODANIE O REAKTYWACJĘ

Zwracam się z prośbą o wznowienie studiów na semestr .......... w roku akademickim ............./..............
na kierunku………………………………….............................................................................................

Skreślenie z listy studentów nastąpiło w dniu …………………………………………………….……..

z powodu

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

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

………………………………………

 *Podpis studenta*

Załączniki:

1. …………………………………..
2. ......................................................

**Decyzja Prodziekana**

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

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

 *Data, podpis Prodziekana*