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

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

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

*Nr albumu*

…………………………………………….

*Wydział / kierunek*

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

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

………………………………….

*Telefon kontaktowy*

**Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego**

**ds. Kierunku Farmacja**

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

  *Nazwa wydziału*

 ***dr hab. prof. UM Bogusława Pietrzak***

 *tyt./stop. naukowy, nazwisko i imię*

## 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. ……………………………………………………………………………………………….

**Decyzja Prodziekana**

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

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

 *Data, podpis Prodziekana*