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

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

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

*Nr albumu*

…………………………………………….

*Wydział / kierunek*

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

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

………………………………….

*Telefon kontaktowy*

 **Dziekan**

…………………………………………..……

 *Nazwa wydziału*

……………..………………………………....

*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. Aktualne zaświadczenie lekarskie
2. ......................................................

**Decyzja Dziekana/Prodziekana**

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

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

 *Data, podpis Dziekana/Prodziekana*