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

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

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

*Nr albumu*

…………………………………………….

*Wydział / kierunek*

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

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

………………………………….

*Telefon kontaktowy*

**Prodziekan ds. Kształcenia - Kierownik**

**Oddziału Nauk Biomedycznych**

**Wydziału Lekarskiego**

  *Nazwa wydziału*

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

**PODANIE O INDYWIDUALNY TOK STUDIÓW**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na indywidualny tok studiów.

**Uzasadnienie:**

..………………………………………………………………………………………………… ..………………………………………………………………………………………………… ..………………………………………………………………………………………………… ..………………………………………………………………………………………………… ..…………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………… ……………….……………..…………………………………………………………….…..…

Załączniki:

1. Zgoda opiekuna
2. Propozycja indywidualnego programu studiów zaakceptowana przez opiekuna
3. Zaświadczenie z dziekanatu o średniej ocen

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

 *Podpis studenta*

**Decyzja Prodziekana:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

 *Data, podpis Prodziekana*

\* Od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie w terminie 14 dni od dnia jej rozpatrzenia.