

Student(ka)

Warszawa, dnia

.....
(imię/ imiona i nazwisko)
.....
(nr albumu przed skreśleniem z listy studentów)
.....
(nr PESEL)
.....
(adres zamieszkania)
.....
.....
(adres do korespondencji, jeśli inny niż zamieszkania)
.....
(telefon kontaktowy)

Wniosek złożony dn.
Nr ewidencyjny:.....

Dziekan

.....
.....
(nazwa Wydziału)
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na **wznowienie studiów**
na kierunku, specjalności,
studiów stacjonarnych / niestacjonarnych*, jednolitych magisterskich / I stopnia / II stopnia*,
na semestrze roku.

Uzasadnienie:

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

.....
podpis studenta(ki)

*niepotrzebne skreślić