

Warszawa, dn.

Pan/Pani

.....
(imię/ imiona i nazwisko)

.....
(nr albumu przed skreśleniem z listy studentów)

.....
(nr PESEL)

.....
(adres zameldowania)

.....
(adres do korespondencji – jeżeli inny niż zameldowania)

.....
(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

(studia stacjonarne / niestacjonarne *, jednolite magisterskie / I stopnia / II stopnia *),

na semestrzeroku.

Uzasadnienie:

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

.....
podpis studenta/ studentki

* Niepotrzebne skreślić.