Warszawa, dnia ……………………………

imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………

nr albumu ……………………………………………………………………………………………

rok studiów, kierunek studiów …………………………………………………………….

tel. kontaktowy ……………………………………………………

e-mail ………………………………………………………………….

**Dziekan** [**Wydziału Medycznego. Collegium Medicum**](https://osoby.uksw.edu.pl/jednostka/WMCM)

………………………………………………………………………………….

**PODANIE O WZNOWIENIE STUDIÓW**

Proszę o możliwość wznowienia studiów od …………… roku kierunku ………………………………………………………………….. w roku akademickim 20..... / 20..... .

Skreślenie z listy studentów nastąpiło w roku akademickim 20….. / 20….. z …………… roku studiów powodu ………. ………………...…………………….……………………………………………………………………………………………………………………….…………...…………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………...………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Z poważaniem

……………………………………………………………

 data, podpis studenta

**Decyzja:** …………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………

 data, podpis wydającego decyzję

Odpowiedź (forma, data, podpis): ……………………………………………………………………………………………………………………….