

Warszawa, dnia

imię i nazwisko

nr albumu

rok studiów, kierunek studiów

tel. kontaktowy

e-mail

Dziekan Wydziału Medycznego. Collegium Medicum

.....

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):