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:……

……..

……..

Wydział Farmaceutyczny

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 …… semestrze ……..roku.

Uzasadnienie:

……
……
……
……
……
……

……
podpis studenta/ studentki

** Niepotrzebne skreślić.*