

.....
Nazwisko i imię

.....
nr albumu

dn.

**Wydział Filia Uniwersytetu Łódzkiego
w Tomaszowie Mazowieckim
studia stacjonarne / niestacjonarne *
I / II stopnia ***

Kierunek.....

Semestr/rok*rok akad. 20...../20.....

Tel.

Prodziekan ds. Dydaktycznych

**Wydział Filia Uniwersytetu Łódzkiego
w Tomaszowie Mazowieckim**

DOTYCZY WZNOWIENIA STUDIÓW

Uprzejmie proszę o **wyrażenie zgody na wznowienie studiów - sem.**

w roku akademickim 20..... / 20..... kierunek

studia I / II stopnia *, stacjonarne / niestacjonarne *

Uzasadnienie podania:

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

Opinia Promotora:

Procent zaawansowania pracy.....

Przewidywany termin oddania pracy

/podpis Promotora/

Zobowiązuję się do zaliczenia ewentualnych różnic programowych w wyznaczonym terminie

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby

Tomaszów Mazowiecki dn.

/podpis studenta/

**Decyzja Prodziekana ds. Dydaktycznych Wydziału Filii Uniwersytetu Łódzkiego
w Tomaszowie Mazowieckim:**

.....
.....

Tomaszów Mazowiecki dn.

/data i podpis Prodziekana ds. Dydaktycznych/

Decyzję ogłoszono studentowi dn.

/podpis studenta/

*- niepotrzebne skreślić