

Student(ka)

.....
(imię/ imiona i nazwisko)

.....
(nr albumu)

.....
(kierunek studiów, specjalność)

.....
(forma studiów–stacj./niestacj., forma kształcenia-jednolite mgr/I-go st./II-go st.)

.....
(rok studiów, semestr)

.....
(telefon kontaktowy)

Warszawa, dnia

Wniosek złożony dn.
Nr ewidencyjny:.....

Dziekan

.....
.....
(nazwa Wydziału)
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na **wznowienie studiów na czas obrony pracy magisterskiej**

na kierunku: specjalności,
(studia stacjonarne / niestacjonarne *, jednolite magisterskie / I stopnia / II stopnia *),
na semestrzeroku.

Uzasadnienie:

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

.....
podpis studenta(ki)