Łódź, dn.

**Imię i nazwisko……………………………………………………………………………**

**Kierunek:**

**Nr albumu: …………………………..**

**Specjalność:**

**Studia stacjonarne/niestacjonarne\*, I stopnia / II stopnia\*** *rok studiów nr albumu*

adres do korespondencji, telefon

**Prodziekan Wydziału Filologicznego UŁ**

**DOTYCZY WZNOWIENIA STUDIÓW**

Uprzejmie proszę **o wznowienie studiów** od semestru w roku akademickim 20 /20

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

*podpis studenta/-ki*

**Wypełnia i potwierdza Dziekanat:**

Student/ka zaliczył/a semestr w roku akademickim 20 /20 , został/a skreślony/a z listy

studentów dnia z powodu

*data i podpis Pracownika Dziekanatu*

*\* niepotrzebne skreślić*