**AKADEMIA MAZOWIECKA W PŁOCKU**

**COLLEGIUM MEDICUM**

**WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

Płock, dnia ………………...........

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

*imię i nazwisko studenta, nr albumu Wpłynęło dnia……………………….*

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

*Kierunek, tryb stacjonarny / niestacjonarny\* i rok studiów*

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

*telefon kontaktowy*

**PROREKTOR**

**ds. Collegium Medicum**

**Wydział Nauk o Zdrowiu**

**dr hab. n. o zdr. Mariola Głowacka, prof. Uczelni**

**PODANIE O WZNOWIENIE STUDIÓW**

UZASADNIENIE:

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

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

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

Załączone zaświadczenia........................................................................................

………………………….

*podpis studenta*

**DECYZJA PROREKTORA**

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

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

Płock, dnia........................................

………………………. *podpis i pieczęć Prorektora*

Adnotacje Dziekanatu

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*