

## PODANIE O REAKTYWACJĘ

Łódź, dn.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(Nr indeksu)

.....  
(Kierunek)

.....  
(Rok i semestr studiów)

.....  
(Telefon kontaktowy)

.....  
(Forma studiów: stacjonarne / niestacjonarne\*)

Studia I-go stopnia LICENCJACKIE\*

Studia II-go stopnia MAGISTERSKIE \*

Rektor Wyższej Szkoły Kosmetyki  
i Nauk o Zdrowiu w Łodzi  
dr n. chem. Katarzyna Bujnicka

Proszę o wyrażenie zgody na reaktywację w prawach studenta w roku akademickim:.....

na rok.....na semestr.....

Prośbę swą motywuję:.....

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

Jestem świadomy/a, iż wpisanie na listę studentów nastąpi dopiero po uzyskaniu pozytywnej zgody Rektora oraz podpisaniu umowy o świadczeniu usług edukacyjnych z WSKiNoZ. Jednocześnie zobowiązuję się do podpisania umowy do dnia rozpoczęcia semestru na który wnoszę o wpisanie i w czasie nie dłuższym niż miesiąc od daty złożenia podania o reaktywację.

.....  
(Data i czytelny podpis studenta)

\* niepotrzebne skreślić