

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. med. Małgorzata Berner-Rutkowska**

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