………………..…………………, dnia…………………..……..
miejscowość

……………………………………………………………………….

imię i nazwisko

……………………………………………………………………….

kierunek studiów

……………………………………………………………………….

poziom studiów

wybierz element

……………………………………………………………………….

rok i semestr studiów

……………………………………………………………………….

nr albumu

……………………………………………………………………….

adres e-mail

**Wniosek o udzielenie urlopu zdrowotnego**

 Kierownik kierunku ……………………………………………………

nazwa kierunku

………………………………………………………………………………….………..

stopień/tytuł naukowy, imię i nazwisko Kierownika Kierunku

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi urlopu zdrowotnego na okres ……………………………………………………….

 …………………………………………..

podpis studenta

**Załączniki**

Do wniosku dołączam zaświadczenie lekarskie potwierdzające przeciwskazanie do odbywania studiów.\*

**\*** *Zaświadczenie lekarskie, o ile to możliwe, powinno określać czas, na jaki urlop powinien zostać udzielony*

**Decyzja Kierownika Kierunku**: ………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………..........................………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..........................………………………………