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

……………………………………………………………………….

imię i nazwisko

……………………………………………………………………….

kierunek 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 urlopu zdrowotnego na okres…………………………………….

Do wniosku dołączam zaświadczenie lekarskie\* potwierdzające mój stan zdrowia.

…………………………………………..
podpis studenta

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

Decyzja kierownika kierunku: …………………………………………………………………………………………………………………........................................................................

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