

Warszawa, dn.

Student/studentka

.....
(imię/ imiona i nazwisko)

.....
(nr albumu)

.....
(kierunek studiów)

.....
(specjalność)

.....
(tryb i poziom studiów: stacjonarne / niestacjonarne , jednolite mgr / I stopnia / II stopnia)

.....
(rok studiów, semestr)

.....
(telefon kontaktowy)

Wniosek złożony dn.

Nr ewidencyjny:.....

.....
.....
Wydział Farmaceutyczny

(nazwa Wydziału)

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Proszę o udzielenie mi **urlopu zdrowotnego** w roku akademickim

Uzasadnienie:

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

.....
podpis studenta/ studentki

Proszę o wydanie opinii o stanie zdrowia studenta(ki).

Data

Podpis Dziekana

Na podstawie §Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nrz dnia.....

wyrażam / nie wyrażam* zgodę(y) na urlop zdrowotny w terminie

Data

Podpis Dziekana

Na podstawie art. 107 § 4 kpa odstąpiono od uzasadnienia decyzji, ponieważ uwzględnia ona w całości żądanie strony.

Data

Podpis studenta / studentki

* *Niepotrzebne skreślić.*