Łódź, dnia ..................................................

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

*nazwisko i imię studenta*

*..............................................................*

*rok studiów*

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

*kierunek studiów*

*...........................................................*

*nr albumu*

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

*telefon*

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

*e-mail*

**Szanowna Pani**

**dr hab. n. o zdrowiu profesor uczelni Ewa Borowiak**

**Prodziekan ds. Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa**

**Wydziału Nauk o Zdrowiu**

**PODANIE**

Uprzejmie proszę o udzielenie mi urlopu od zajęć dydaktycznych w semestrze: ………………..

w roku akademickim ………………………

od……………………………..………..do……………………………….……

**Uzasadnienie:**

………………………………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………

................................................... *podpis studenta*

*Załączniki:*

*1*...............................................................................................................................................................................

2. ................................................................................................................................................................................

*Na podstawie § 55, § 56, Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego uchwalonego Uchwałą nr 187/2018 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 24 kwietnia 2018 r..* ***wyrażam******zgodę /******nie wyrażam zgody*** *na urlop od zajęć dydaktycznych w semestrze: …….…………....*

*Data ........................................... Podpis Prodziekana .............................................*