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