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 Wydziału Nauk o Zdrowiu
ds. Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa**

**PODANIE**

Uprzejmie proszę o udzielenie urlopu od zajęć w semestrze: ………………………………………………………………

w roku akademickim ………………………………………………………………………………………………………….

od……………………………..………..do……………………………….……

**Uzasadnienie:**

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

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

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

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

*Załączniki:*

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

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

*Na podstawie § 47 § 48, § 49 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego uchwalonego Uchwałą nr 374/2020 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 28 kwietnia 2020 r..* ***wyrażam******zgodę /******nie wyrażam zgody*** *na urlop od zajęć w semestrze: …….…………....*

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