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 wyrażenie zgody na udzielenie mi urlopu od zajęć spowodowanych chorobą

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

................................................... *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 dydaktycznych spowodowany chorobą w semestrze………..….. w roku akademickim ………………………………..*

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