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

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

 *nazwisko i imię studenta*

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

 *rok studiów*

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

 *kierunek studiów*

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

 *nr albumu*

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

 *telefon*

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

 *e-mail*

 **Szanowna Pani**

 **Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu**

**ds. Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa**

 **Uniwersytetu Medycznego w ŁodziDr hab. n. o zdrowiu profesor uczelni Ewa Borowiak**

**PODANIE**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na udzielenie mi urlopu od zajęć z przyczyn chorobowychw semestrze……………….

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

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

 *Załączniki:*

*1.* ……………………………………………

*2.* ……………………………………………

**Decyzja Prodziekana:**

*Na podstawie obowiązującego Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi* ***wyrażam zgodę***  */* ***nie wyrażam zgody***

………………………………………

***Data, podpis Prodziekana***