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***