

Student(ka)

.....
(imię/ imiona i nazwisko)

.....
(nr albumu)

.....
(kierunek studiów, specjalność)

.....
(forma studiów–stacj./niestacj., forma kształcenia-jednolite mgr/I-go st./II-go st.)

.....
(rok studiów, semestr)

.....
(telefon kontaktowy)

Warszawa, dnia

Wniosek złożony dn.
Nr ewidencyjny:

Dziekan

.....
.....
(nazwa Wydziału)
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Proszę o udzielenie mi **urlopu zdrowotnego** w roku akademickim

Uzasadnienie:

.....

.....

.....
podpis studenta(ki)

Proszę o wydanie opinii o stanie zdrowia studenta(ki).

.....
data i podpis Dziekana

Na podstawie § Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr z dnia

wyrażam zgodę na urlop zdrowotny w terminie

Na podstawie art. 107 § 4 kpa odstąpiono od uzasadnienia decyzji, ponieważ uwzględnia ona w całości żądanie strony.

.....
data i podpis Dziekana

nie wyrażam zgody na urlop zdrowotny.

Uzasadnienie:

.....

.....
data i podpis Dziekana

Od decyzji przysługuje odwołanie do Rektora WUM w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

Otrzymałem(am) dnia

.....
data i podpis studenta(ki)