

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(ka)

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

.....
data i podpis Dziekana

Na podstawie § 30 ust.5 Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr 18/2022 z dnia 30 maja 2022 r..

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(ka)