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

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

 *nazwisko i imię studenta*

|  |
| --- |
| Podanie złożone dn. ....................... |

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

 *rok studiów*

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

 *kierunek studiów*

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

 *nr albumu*

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

 *telefon*

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

 *e-mail*

**Pani
dr hab.  n. med. prof. nadzw. Monika Łukomska-Szymańska
Prodziekan ds. Nauki i Rozwoju Nauczania Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego**

**PODANIE**

Uprzejmie proszę o udzielenie mi urlopu od zajęć dydaktycznych w semestrze: …… w roku akademickim

20……/20….... od……………………………..………..do……………………………….……

**Uzasadnienie:**

………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………

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

*Załączniki:*

*1*...............................................................................................................................................................................

2. ................................................................................................................................................................................

*Na podstawie § 47, § 48 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego uchwalonego Uchwałą nr 312/2019 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 27 czerwca 2019r.* ***wyrażam*** */* ***nie wyrażam zgodę(y****) na urlop od zajęć dydaktycznych w semestrze: …….…………....*

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