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 Wydziału Lekarskiego**

 **ds. Dydaktyki Oddziału Stomatologicznego**

**PODANIE**

Uprzejmie proszę o udzielenie mi urlopu od zajęć dydaktycznych spowodowanego chorobą w semestrze …….…

w roku akademickim 20……/20…....

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

*Załączniki:*

*1. ……………………………………………*

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

*Na podstawie § 46 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 spowodowany chorobą w semestrze………..…..*

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