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