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

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

 *nazwisko i imię studenta*

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

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

 *rok studiów*

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

 *kierunek studiów*

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

 *nr albumu*

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

 *telefon*

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

 *e-mail*

 **Pani**

 **prof. dr hab. n. med. Monika Łukomska-Szymańska**

 **Prodziekan ds. Nauki i Rozwoju Nauczania
 Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego**

**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 § 47 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego uchwalonego Uchwałą nr 374/2020 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 28 kwietnia 2020r.* ***wyrażam*** */* ***nie wyrażam zgodę(y****) na urlop od zajęć dydaktycznych spowodowany chorobą w semestrze………..…..*

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