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