

Bydgoszcz,r.

.....
(imię nazwisko Studenta/ki)

.....
(rok/semestr/nr albumu)

.....
(adres e-mail, nr tel.)

Sz. P. Paweł Rajewski dr.n.med. prof. WSN o Z

Rektor Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu

w Bydgoszczy, ul. Jagiellońska 4

PODANIE/ WNIOSEK O URLOP DZIEKAŃSKI

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie zgody na urlop dziekański semestralny/roczny*
w roku akademickim 20..../20.....w terminie od dnia do dnia

Prośbę/ wniosek uzasadniam:

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

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Załączniki: 1..... 2.....

.....

(podpis)

* Proszę podkreślić wybrany czasookres urlopu dziekańskiego.

Decyzja Rektora: Opiniuję pozytywnie wniosek Studenta	Decyzja Rektora: Opiniuję negatywnie wniosek Studenta
Pieczęć i podpis	Pieczęć i podpis
Uzasadnienie (jeśli sytuacja tego wymaga)	