

Warszawa, dn. ....

**Student/studentka**

.....  
(imię/ imiona i nazwisko)  
.....  
(nr albumu)  
.....  
(kierunek studiów)  
.....  
(specjalność)  
.....  
(tryb i poziom studiów: stacjonarne / niestacjonarne, jednolite mgr / I stopnia / II stopnia)  
.....  
(rok studiów, semestr)  
.....  
(telefon kontaktowy)

Wniosek złożony dn. ....
Nr ewidencyjny:.....

**Dziekan**

.....  
.....  
(nazwa Wydziału)  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

**WNIOSEK**

Proszę o udzielenie mi **urlopu zdrowotnego** w roku akademickim .....

Uzasadnienie:

.....  
.....

.....  
podpis studenta/ studentki

Proszę o wydanie opinii o stanie zdrowia studenta(ki).

Data ..... Podpis Dziekana .....

Na podstawie § ..... Regulaminu Studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wprowadzonego na mocy Uchwały Senatu WUM nr ..... z dnia .....

**wyrażam / nie wyrażam** \* zgodę(y) na urlop zdrowotny w terminie .....

Data ..... Podpis Dziekana .....

Na podstawie art. 14 § 2 kpa strona została poinformowana o treści i istotnych motywach decyzji.

Data ..... Podpis studenta / studentki .....