

.....
(imię i nazwisko)
.....
(rok i kierunek studiów)
.....
(forma i stopień studiów)
.....
(adres e-mail)
.....
(telefon kontaktowy)
.....
(numer albumu)

.....
(miejsowość, data)

Sz. P.
Dyrektor/Z-ca Dyrektora Instytutu
.....
Uniwersytetu Pedagogicznego
im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie

URLOP ZDROWOTNY/OKOLICZNOŚCIOWY/BEZ PODANIA PRZYCZYNY

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na urlop
w (semestrze/ roku akademickim)

Prośbę swą motywuję tym, że

.....
.....

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....
(czytelny podpis studenta)

Opinia opiekuna roku:

.....

Decyzja Dyrektora/Z-ca Dyrektora Instytutu w sprawie wyrażenia zgody na urlop zdrowotny/okolicznościowy/bez podania przyczyny:

- Wyrażam zgodę
- Nie wyrażam zgody, ponieważ
- Zapraszam Panią/Pana w czasie mojego dyżuru na rozmowę w tej sprawie.

Data: Podpis:

Uwagi: