

.....  
Data wpływu wniosku

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....  
Nr albumu

.....  
Rok studiów, semestr, kierunku, poziom\* i forma\*\* studiów,

.....  
Adres korespondencyjny

.....  
Nr tel. oraz adres e-mail

**Dziekan Filii w Wałbrzychu  
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu  
Prof. dr hab. Beata Sobieszczęńska**

**WNIOSEK  
o udzielenie urlopu**

Proszę o wyrażenie zgody na udzielenie urlopu krótkoterminowego/długoterminowego\*\*\*, zgodnie z zasadami określonymi w obowiązującym Regulaminie studiów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, w okresie:

**od** ..... **do** ....., w roku akademickim 20.... / 20....

**Uzasadnienie:**

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

**Załączniki:**

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

\_\_\_\_\_  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**Rozstrzygnięcie Dziekana w sprawie:**

Udzielam/nie udzielam\*\*\* Panu/Pani .....

krótkoterminowego/długoterminowego\*\*\* urlopu w terminie **od** ..... **do** .....,

w roku akademickim 20.... / 20....

**Uzasadnienie:**

.....  
.....

\_\_\_\_\_  
(data, pieczęć i podpis Dziekana)

\*poziom studiów: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie

\*\* forma studiów: stacjonarne, niestacjonarne

\*\*\*niewłaściwe skreślić