UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH Wydział Sztuki

Kielce, dnia …………………………..

imię i nazwisko: ………………………………………………………..

kierunek: ……………..…………………………………………………

stacjonarne/niestacjonarne\*

rok: …………… stopień: pierwszy, drugi, jednolite magisterskie\*

numer albumu: ……………………………………………………..…

adres: …………………………………………………………….…….

………………………………………………...………………..

telefon / e-mail: ………………………………………………………..

***Dziekan***

***Wydziału Sztuki***

***UJK w Kielcach***

***Dotyczy****: wyrażenia zgody na urlop zdrowotny*

Proszę o udzielenie/przedłużenie\* mi urlopu zdrowotnego w …………………semestrze …………… roku studiów w roku akademickim 20..………..…./20………….… (w okresie od .................................. do ...................................).

*Uzasadnienie:*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

…………………………………………

*podpis studenta*

*Załączniki:*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*Decyzja Dziekana:*

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na urlop zdrowotny na ……………. rok/semestr studiów\* w roku akademickim 20………….…./20………..……. od …………………………………..………. do……………………………………

*Po powrocie z urlopu studenta obowiązuje wyrównanie różnic programowych.*

……..….………………………………

*data i podpis*

*\*niepotrzebne skreślić*