 **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:

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

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

………………………………………………………

 *data i podpis*

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*