|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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…………………. w roku akademickim 20………../20……….. (w okresie od …………..….. do …………..…..).

|  |  |
| --- | --- |
| Uzasadnienie: |  |

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

…………………………………………………

*Data i podpis Studenta*

|  |  |
| --- | --- |
| Załączniki: |  |

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

***Decyzja Dziekana:***

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na urlop długoterminowy/krótkoterminowy w roku akademickim 20………../20……….. (w okresie od …………..….. do …………..…..).

Po powrocie z urlopu studenta obowiązuje wyrównanie różnic programowych.

…………………………………………………

 *data i podpis Dziekana*