

W N I O S E K
w sprawie udzielenia urlopu zdrowotnego

A) Wypełnia lekarz specjalista

1. Nazwisko i Imię studenta
2. Adres
3. Wydział, rok studiów, kierunek
4. Obecny stan zdrowia trwa od
5. Rozpoznanie
-
6. Udzielenie urlopu zdrowotnego na okres ze względu
na stan zdrowia studenta uważam za-
KONIECZNE / WSKAZANE / NIEKONIECZNE *
7. Inne zalecenia

Miejscowość, dnia

.....
pieczęć i podpis lekarza

B) Wypełnia dziekanat

1. Czy korzystał z urlopu zdrowotnego /dziekańskiego w r.ak.
2. Zaliczone dotychczas semestry

Gdańsk, dnia

.....
podpis pracownika dziekanatu

* niepotrzebne skreślić