(imię i nazwisko) (miejscowość, data)

(rok i kierunek studiów)

(forma i stopień studiów)

(adres e-mail)

(telefon kontaktowy)

(numer albumu)

Sz. P.

Dyrektor/Z-ca Dyrektora Instytutu

Uniwersytetu Pedagogicznego

im. Komisji Edukacji Narodowej

w Krakowie

**URLOP ZDROWOTNY/OKOLICZNOŚCIOWY/BEZ PODANIA PRZYCZYNY**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na urlop

w (semestrze/ roku akademickim)

Prośbę swą motywuję tym, że

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

……………………………………….
(czytelny podpis studenta)

Opinia opiekuna roku:

**Decyzja Dyrektora/Z-ca Dyrektora Instytutu w sprawie wyrażenia zgody na urlop zdrowotny/okolicznościowy/bez podania przyczyny:**

🞏 Wyrażam zgodę

🞏 Nie wyrażam zgody, ponieważ

🞏 Zapraszam Panią/Pana w czasie mojego dyżuru na rozmowę w tej sprawie.

Data: Podpis:

Uwagi: