Wrocław, dnia ………………

# Imię i nazwisko: ……………………..

# Nr albumu: ………………………………

# E-mail: .........@student.pwr.edu.pl

# Adres: ………………………….

# Wydział/Filia: Wydział Podstawowych Problemów Techniki

# Kierunek podstawowy: ………………………..

# Specjalność: ……………………………..

# Rok studiów: ………, etap(semestr): …………..

# Forma: Stacjonarne

# Poziom studiów: Studia I/II stopnia

Profil: Ogólnoakademicki

# **Dziekan Wydziału**

# **Wydział Podstawowych Problemów Techniki**

# **Politechniki Wrocławskiej**

**Dotyczy: Urlopu zdrowotnego**

Zgodnie z Regulaminem Studiów w Politechnice Wrocławskiej, uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na udzielenie urlopu zdrowotnego w semestrze letnim 2023/2024.

Uzasadnienie:

 .........................................

 Podpis studenta