**Wydział Teologiczny Uniwersytetu Szczecińskiego**

**..................................................................**

|  |
| --- |
| **Podanie złożone dn. …………………………….****Nr ewid.  WTA/…………………/20.…r.** |

 (Nazwisko i imię studenta)

**..................................................................**

 (Adres do korespondencji)

**..................................................................**

 (Nr telefonu, adres e-mail)

**.................................................................. Dziekan**

(Rok studiów/semestr) **Wydziału Teologicznego**

 **Uniwersytetu Szczecińskiego**

**..................................................................**

 (Nr albumu)

# PODANIE

Proszę o udzielenie mi urlopu zdrowotnego na okres ……..……………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

Uzasadnienie\*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Oświadczam, że posiadam wiedzę o tym, że jestem zobowiązany(a) w terminie 7 dni od dnia powrotu z urlopu potwierdzić w dziekanacie swój powrót na studia.**

*Załączniki:*

*1.* ………………………………………

*2.* ………………………………………

***…………………………………….***

*podpis studenta*

Na podstawie § 52 Regulaminu studiów Uniwersytetu Szczecińskiego stanowiącego załącznik do uchwały nr 95/2019 Senatu Uniwersytetu Szczecińskiego z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie uchwalenia Regulaminu Studiów w Uniwersytecie Szczecińskim **wyrażam / nie wyrażam** zgodę(y)) na urlop zdrowotny w terminie objętym wnioskiem.

Data …………………………………… Podpis Dziekana/Prodziekana……………………………………………

\* w przypadku braku miejsca, uzasadnienie umieścić na odwrocie podania