Siedlce, dnia ……………. 20….…. r.

…………………………………………………………………………..

*(nazwisko i imię)*

Nr albumu

Rok i kierunek studiów

Tryb studiów: stacjonarne / niestacjonarne

Dane kontaktowe

 *……………………………………………………………………………*

*(nr telefonu/e-mail)*

**Szanowny Pan**

**dr hab. n. med. Lubomir Bodnar, prof. uczelni Dziekan Wydziału Nauk Medycznych
i Nauk o Zdrowiu**

**WNIOSEK
o udzielenie urlopu dziekańskiego**

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi urlopu dziekańskiego w terminie od ………...….…………….…...……. do ………...….…………….…...……..

z powodu …………………….

 ……………………

 …………………….

 …………………….

 …………………….

 ……………………..

 ………….………………………………..…………………………………

 *(podpis wnioskodawcy)*

Załączniki*:*

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

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