

Wrocław, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

Wydział

Nr indeksu

Kierunek studiów

Specjalność

Telefon kontaktowy

Rok studiów Semestr

Poziom studiów

**Potwierdzenie złożenia wniosku
w Dziekanacie
SC-W-16**

**Dziekan Wydziału
Akademii Wojsk Lądowych
imienia generała Tadeusza Kościuszki**

W N I O S E K

w sprawie: udzielenia urlopu długoterminowego/krótkoterminowego*

Zwracam się z wnioskiem o wyrażenie zgody na udzielenie urlopu długoterminowego
(zdrowotnego, losowego, nieuwarunkowanego, macierzyńskiego/ojcowskiego)
/krótkoterminowego* na okres od do
w roku akademickim/.....

Wniosek swój uzasadniam tym, że
.....
.....
.....

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojego wniosku.

.....
(czytelny podpis studenta)

W załączeniu:

1.
2.

* niepotrzebne skreślić.

Opinia Dziekana

Wyrażam/nie wyrażam zgodę (y)* na urlop długoterminowy/krótkoterminowy* na okres od do w semestrze(ach)
w roku akademickim/w latach akademickich*/.....

Proszę o przygotowanie rozstrzygnięcia **pozytywnego/negatywnego.***

.....
(data)

.....
(podpis Dziekana)

* niepotrzebne skreślić.