Warszawa, …................ 202... r.

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

/imię i nazwisko studenta/

Rodzaj studiów: stacjonarne

Stopień studiów: I stopnia/II stopnia\*

Rok studiów ..................

Kierunek .....................................

Semestr studiów ............

Grupa studencka .............................

Tel. ...................................................

**REKTOR**

**WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ**

# **Wniosek**

Na podstawie § 67 ust.1 „Regulaminu studiów”, wnioskuję o udzielenie urlopu zdrowotnego

od dnia ................. 202.... r. do dnia ............. 202.... r.

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

/ *podpis studenta*/

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

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

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

\*) niepotrzebne skreślić