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