Załącznik nr 41

do Zarządzenia nr 44/RKR/2025

……………………………………. Warszawa, dnia ……….202…..r.

 *(imię i nazwisko)*

…………………………………….

(*adres do korespondencji)*

…………………………………....

…………………………………….

 *(nr grupy, nr albumu)*

…………………………………....

 *(tel. kontaktowy, adres e-mailowy)*

**REKTOR
WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ**

**im. JAROSŁAWA DĄBROWSKIEGO
W WARSZAWIE**

Dotyczy: *udzielenia urlopu …………………………………………………*

Zwracam się z prośbą o udzielenie urlopu zdrowotnego/okolicznościowego/ nieuwarunkowanego\* od dnia …………202……. do dnia …………… 202…….

Uzasadnienie:

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

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

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

*..…………………………………………………………………………*

 ……...……………………………

 *podpis studenta*

*Uzyskał rejestrację bezwarunkową/ warunkową*

……...……………………………

 *podpis pracownika dziekanatu*

\* niepotrzebne skreślić