Wrocław, dnia ………..………....

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: | ………………………………………………………………. |
| Nr albumu: | ………………………………………………………………. |
| Kierunek: | ………………………………………………………………. |
| Specjalność: | ………………………………………………………………. |
| Stopień studiów: | ………………………………………………………………. |
| Numer etapu (semestru): | ..……………………………………………………………. |
| Studia stacjonarne / niestacjonarne\* | |

# Prodziekan

**Wydziału Informatyki i Telekomunikacji**

# Politechniki Wrocławskiej

**Dotyczy: urlopu dziekańskiego / zdrowotnego / innego\* ………………………………\*\***

Zgodnie z §27 Regulaminu Studiów w Politechnice Wrocławskiej, uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na udzielenie urlopu dziekańskiego / zdrowotnego / innego\* **……………………\*\***w cyklach (semestrach) od ***zimowy/letni\**** (**20..../20….**)\* do ***zimowy/letni\**** (**20…./20**….)\*

Przedmioty do realizacji\*: <proszę wpisać: **KOD PRZEDMIOTU**, **NAZWA PRZEDMIOTU**, **CYKL (**letni/zimowy)>

Przedmioty do anulowania\*: <proszę wpisać: **KOD PRZEDMIOTU**, **NAZWA PRZEDMIOTU**, **CYKL**(letni/zimowy)>

Uzasadnienie:  
………………………….……………………………………………………………….……………………………………………………………….……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………….……………………………………………………………………………………

…………………………………

Podpis studenta

WYRAŻAM ZGODĘ / BRAK ZGODY

Decyzja Prodziekana*\*:*

(APPROVED) / (REJECTED)

*Uzasadnienie w przypadku braku zgody*: