

Pan/i.

Kierunek

Specjalność

(Pieczęć jednostki organizacyjnej)

Rok studiów

Rodzaj studiów

WNIOSEK O UDZIELENIE URLOPU ZDROWOTNEGO

Proszę o udzielenie urlopu zdrowotnego w okresie

(Semestr; rok akademicki)

Uzasadnienie:

.....
.....

Załączniki:

1.
2.
3.
4.
5.

.....
(Podpis)

*Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie*

Nr identyfikacyjny REGON

OPINIA LEKARSKA

W wyniku bezpośredniej rozmowy prowadzonej z zainteresowanym oraz na podstawie przedłożonych dokumentów stwierdzam, że istnieją podstawy do udzielenia urlopu zdrowotnego studentowi Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach:

.....
(Imię i Nazwisko)

WydziałNr legitymacji studenckiej

W terminie:

Rozpoznanie:

Opinia o zasadności udzielenia urlopu:

.....
.....

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)

..... dnia

Uwaga: Urlop zdrowotny może być udzielony na semestr lub na rok akademicki.

**OPINIA DZIEKANA O UDZIELENIU / NIEUDZIELENIU*
URLOPU ZDROWOTNEGO**

Na podstawie wniosku studenta i opinii lekarskiej
(Imię i Nazwisko)

udzielam / nie udzielam* urlop/u zdrowotny/ego* w terminie:

.....
(Semestr/rok akademicki)

.....
(Podpis i pieczęć Dziekana/Dyrektora lub Prorektora/
Z-cy Dyrektora z upoważnienia)

....., dnia

* niewłaściwe skreślić