Wrocław, dnia .....................................

# Imię i nazwisko: ........................................................

# Nr albumu: ........................................................

# E-mail: .......................@student.pwr.edu.pl

# Adres korespondencyjny: ..................................................................................................................

# Wydział: Inżynierii Środowiska

# Kierunek studiów: Inżynieria Środowiska

# Specjalność: ....................................................... \*

# Rok studiów: ........, semestr/etap: ........

# Forma: Niestacjonarne

# Poziom studiów: Studia I-go stopnia inżynierskie/ Studia II-go stopnia magisterskie\*\*

Profil: Ogólnoakademicki

**Dziekan**

**Wydziału Inżynierii Środowiska**

**Politechniki Wrocławskiej**

**Dotyczy: Urlopu zdrowotnego**

Zgodnie z Regulaminem Studiów w Politechnice Wrocławskiej, uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na udzielenie urlopu zdrowotnego z możliwością przystąpienia do weryfikacji uzyskanych efektów uczenia się określonych   
w programie studiów w semestrze: Letnim roku akademickiego 2023/2024.

Przedmioty do realizacji\*:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Kod przedmiotu | Nazwa przedmiotu | Liczba godzin | Liczba punktów ECTS | Nr semestru  / etapu | Decyzja Prodziekana |
|  |  |  |  |  |  | TAK/NIE\*\*\* |
|  |  |  |  |  |  | TAK/NIE\*\*\* |

Przedmioty do anulowania\*:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Kod przedmiotu | Nazwa przedmiotu | Liczba godzin | Liczba punktów ECTS | Nr semestru  / etapu | Decyzja Prodziekana |
|  |  |  |  |  |  | TAK/NIE\*\*\* |
|  |  |  |  |  |  | TAK/NIE\*\*\* |

Uzasadnienie: ................................................................................................................................... .

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

Podpis studenta

**Decyzja Prodziekana**

Wyrażam zgodę na urlop zdrowotny w semestrze letnim roku akademickiego 2023/2024 w terminie:   
od 28.02.2024 roku do 30.09.2024 roku.\*\*\*

Nie wyrażam zgody.\*\*\*

………………………………………

*(data, pieczęć i podpis Prodziekana)*