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

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

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

# E-mail: [.......................@student.pwr.edu.pl](mailto:.......................@student.pwr.edu.pl)

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

# Wydział: Inżynierii Środowiska

# Kierunek studiów: ISS / TOS / OKS / NKK /\*

# Specjalność: KOS / WIS / ZWS / ZOS / GZN/ GOZ / OKL\*

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

# Forma: Stacjonarne

# Stopień studiów: ST-Ii / ST-IIM\*

# 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 2024/2025.

Przedmioty do realizacji:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Kod przedmiotu | Nazwa przedmiotu | Liczba godzin | Liczba punktów ECTS | Nr etapu  /  semestru | 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 2024/2025   
w terminie: od 01.03.2025 roku do 30.09.2025 roku.\*

Nie wyrażam zgody.\*

…………………………………………

*(data, pieczęć i podpis Prodziekana)*