



Politechnika
Wroclawska

Politechnika Wroclawska

Wroclaw, dnia _____

Imię i nazwisko: _____

Nr albumu: _____

Wydział Chemiczny

Kierunek podstawowy: _____

Specjalność*: _____

Rok studiów: semestr:

Forma: stacjonarne / niestacjonarne

Poziom studiów: I / II

**Dziekan Wydziału
Wydział Chemiczny
Politechniki Wroclawskiej**

Dotyczy: Urlopu zdrowotnego

Zgodnie z Regulaminem Studiów w Politechnice Wroclawskiej, uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na udzielenie urlopu **zdrowotnego** w semestrach od do

kursy do anulowania*:

podpis studenta