Elbląg, dnia ……………………

………………………………………………………..

imię i nazwisko studenta

………………………………………………………..

adres

…………………………………………………………………….

kierunek studiów, poziom studiów (I lub II stopnia), rok i semestr

…………………………………………………………………….

nr albumu

…………………………………………………………………….

telefon, e-mail

**Dziekan Wydziału** ……………………………………………

**Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych**

**WNIOSEK O UDZIELENIE URLOPU OD ZAJĘĆ**

Na podstawie § 33 Regulaminu studiów Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych z dnia 18 kwietnia 2025 r. proszę o wyrażenie zgody na udzielenie urlopu **krótkoterminowego (semestralnego) / długoterminowego (rocznego)\***

**w semestrze/ach** ............................... **w roku akademickim** ............. /.............

Prośbę motywuję ……………………………………………………………………………...…

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………

*podpis studenta*