

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)

Wydział .....Nr 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 Prodziekana/  
Z-cy Dyrektora z upoważnienia)

....., dnia .....

\* niewłaściwe skreślić