

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:

Wydział ..... (Imię i Nazwisko) .....  
Nr legitymacji studenckiej .....

W terminie: .....

Rozpoznanie: .....

Opinia o zasadności udzielenia urlopu: .....

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

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza)

..... Dnia .....  
(miejsce) (data)

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 / nieudzielam\* urlop/u zdrowotny/ego\* w terminie:

.....  
(Semestr/rok akademicki)

.....  
(Podpis i pieczęć Dziekana/Dyrektora lub Prodziekana/  
Z-cy Dyrektora z upoważnienia)

Dnia

.....  
(miejsowość)

.....  
(data)

\* niewłaściwe skreślić