

Łódź, dn.

pieczętka podstawowej jednostki
organizacyjnej UŁ

<p>SKIEROWANIE do CENTRUM MEDYCZNEGO Szpital Św. Rodziny Łódź, ul. Wigury 19 (skrzyżowanie z ul. Sienkiewicza) tel. 042 254 96 00</p>	<p>poniedziałek 8:30 – 11:00 .. i .. 15:00 – 17:00 wtorek 8:30 – 11:00 .. i .. 15:00 – 17:00 środa 8:00 – 10:00 .. i .. 15:00 – 17:00 czwartek 8:30 – 11:00 .. i .. 15:00 – 17:00 piątek 8:00 – 10:00</p> <p>BADANIA LABORATORYJNE pobierane są codziennie w godz. 7:30 – 10:00</p>
--	--

Kieruję studenta.....data ur.

Kierunek studiów.....nr albumu.....

w sprawie wydania opinii dotyczącej wskazań do udzielenia urlopu od zajęć z przyczyn zdrowotnych

w semestrze/roku.....w roku akademickim.....

na podstawie art. 172 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. nr 164 poz. 1365 ze zm.).

.....
podpis i pieczętka kierownika
podstawowej jednostki organizacyjnej UŁ

Łódź, dn.

.....
pieczętka CENTRUM MEDYCZNEGO

Opinia lekarska nr.....

do wniosku o urlop od zajęć z przyczyn zdrowotnych na podstawie art. 172 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. nr 164 poz. 1365 ze zm.).

W wyniku badania lekarskiego i dokumentacji chorobowej poświadczają się, że:

Pan/Pani.....data ur.

Wydział.....

Kierunek studiów.....nr albumu.....

- 1) posiada wskazania zdrowotne do urlopu w semestrze/roku.....
w roku akademickim.*
- 2) brak wskazań zdrowotnych do urlopu w semestrze/roku.....
w roku akademickim *

* niepotrzebne skreślić

.....
podpis i pieczętka lekarza