Załącznik nr 41

do Zarządzenia nr 44/RKR/2025

……………………………………. Warszawa, dnia ……………………….

 *(imię i nazwisko)*

…………………………………….

(*adres do korespondencji)*

…………………………………....

 *(nr grupy, nr albumu)*

…………………………………....

 *(tel. kontaktowy, adres e-mailowy)*

**REKTOR
WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ**

**im. JAROSŁAWA DĄBROWSKIEGO
W WARSZAWIE**

Dotyczy: *udzielenia urlopu …………………………………….*

Zwracam się z prośbą o udzielenie urlopu zdrowotnego/okolicznościowego/ nieuwarunkowanego\* od dnia …………………………………………20……. do dnia …………………………… 20…….

Uzasadnienie:

…………………………………………………………………………………..................

..…………………………………………………………………………………………….

..…………………………………………………………………………………………….

*..…………………………………………………………………………………………….*

..…………………………………………………………………………………………….

*..…………………………………………………………………………………………….*

 ……...……………………………

 *podpis studenta*

\* niepotrzebne skreślić