



Imię i nazwisko:

Rok studiów:

Kierunek studiów:

Nr albumu:

UZ

Szanowny Pan

Prodziekan ds. kształcenia i studentów Szkoły

Filmowej im. K. Kieślowskiego

prof. dr hab. Kazimierz Wolny-Zmorzyński

WNIOSEK O UDZIELENIE URLOPU ZDROWOTNEGO

Proszę o udzielenie urlopu zdrowotnego w okresie
(Semestr; rok akademicki)

Uzasadnienie:

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

Po zapoznaniu się z klauzulę informacyjną RODO stanowiącą załącznik nr 2 do niniejszego Pisma Okólnego Rektora UŚ oświadczam, że: wyrażam dobrowolną wyraźną zgodę na przetwarzanie przez Administratora, tj. Uniwersytet Śląski w Katowicach moich danych osobowych, zawartych w niniejszym wniosku i złożonej dokumentacji, dla potrzeb rozpatrzenia wniosku o udzielenie urlopu zdrowotnego, zgodnie z Rozporządzeniem PE i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), w skrócie RODO

Załączniki:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
5.

.....

* niepotrzebne skreślić





*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 pozytywnie opiniuję wniosek o udzielenie urlopu zdrowotnego studentowi Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach:

.....
(Imię i Nazwisko)

Wydział: Szkoła Filmowa im. Krzysztofa Kieślowskiego

Nr albumu

W terminie:.....

Opinia o zasadności udzielenia urlopu:

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

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)

dnia

Uwaga: Urlop zdrowotny może być udzielony na semestr lub na rok akademicki





**ROZSTRZYGNIĘCIE W SPRAWIE UDZIELENIA/NIEUDZIELENIA* URLOPU
ZDROWOTNEGO**

Na podstawie wniosku studentai opinii lekarskiej

(imię i nazwisko)

udzielam/nie udzielam* urlop/u zdrowotny/ego* w terminie:.....

(semestr, rok akademicki)

.....
(podpis i pieczęć Prodziekana ds. Kształcenia i Studentów
lub osoby przez niego upoważnionej)

....., dnia

*niewłaściwe skreślić

