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

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

imię i nazwisko

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

nr albumu

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

rok studiów, Wydział

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

telefon, e-mail

**Prodziekan ds. studenckich**

**Wydziału Sztuki Mediów**

**ASP w Warszawie**

**mgr Dorota Kozieradzka**

**ZGŁOSZENIE POWROTU Z URLOPU**

Zgłaszam powrót z urlopu naukowego/zdrowotnego/okolicznościowego\*

krótkoterminowego/semestralnego/rocznego\* odbytego w okresie: ……………………………………………..……………………………………………

Naukę kontynuuję od semestru: ………………………………………………………………………………… w roku ak. ……………………………………………………………………..…………

**Załączniki** (opcjonalne – wypełnia student):

1)

Z poważaniem

…………………………………………………………………………………

 podpis studenta

**UWAGA:**. **Osoba wracająca z urlopu zdrowotnego jest zobowiązana do dostarczenia zaświadczenia od lekarza o braku przeciwskazań do kontynuacji nauki, najpóźniej w dniu powrotu na odpowiedni semestr.**

**Brak zgłoszenia jest równoznaczny ze stwierdzeniem rezygnacji ze studiów.**

Przyjęcie dokumentu:

podpis: …………………………………………………………………………………

data: …………………………………………………………………………………