

.....
(imię i nazwisko)

Warszawa, dnia

.....
(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 dnia20..... do dnia
..... 20.....

Uzasadnienie:

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

.....
podpis studenta

* niepotrzebne skreślić