Załącznik nr 1

do Pisma okólnego nr 13

Rektora Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

z dnia 14 października 2019 r.

Pan/i

Kierunek

Specjalność

Rok studiów

Poziom studiów

Forma studiów

*Pieczęć jednostki organizacyjnej*

**WNIOSEK O UDZIELENIE URLOPU ZDROWOTNEGO**

Proszę o udzielenie urlopu zdrowotnego w okresie .......................................................................

(semestr, rok akademicki)

Uzasadnienie:

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

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

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

Po zapoznaniu się z klauzulą 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.

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

(data i czytelny podpis)

*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 Nauk Przyrodniczych

Nr albumu

W terminie:

Opinia o zasadności udzielenia urlopu: .......................................................................................................................................................................... ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

(pieczęć i podpis lekarza)

 , dnia

*Uwaga: urlop zdrowotny może być udzielony na semestr lub rok akademicki.*

**ROZSTRZYGNIĘCIE W SPRAWIE UDZIELENIA/NIEUDZIELENIA\***

**URLOPU ZDROWOTNEGO**

Na podstawie wniosku studenta i 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