Warszawa, dnia ……………………………

imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………

nr albumu ……………………………………………………………………………………………

rok studiów, kierunek studiów …………………………………………………………….

tel. kontaktowy ……………………………………………………

e-mail ………………………………………………………………….

**Dziekan Wydziału Medycznego. Collegium Medicum**

………………………………………………………………………………….

**PODANIE W SPRAWIE PRZESUNIĘCIA TERMINU ZŁOŻENIA PRACY DYPLOMOWEJ**

Zwracam się z prośbą o przesunięcie terminu złożenia pracy magisterskiej do

30.09………..r. z powodu ……………………………………………………….....................

………………………………

data, podpis Studenta

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

opinia i podpis Promotora

Decyzja Dziekana

…………………………………

data, podpis Dziekana

Odpowiedź (forma, data, podpis): ……………………………………………………………………………………………………………………….