



.....  
*Imię i nazwisko studenta*

Łódź, dnia.....

.....  
*Nr albumu*

.....  
*Wydział / kierunek*

.....  
*Rok studiów / rodzaj studiów ( st. / nst. )*

.....  
*Telefon kontaktowy*

**Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

.....  
*Tyt./stop. naukowy, nazwisko i imię*

**PODANIE**

Uprzejmie proszę o przedłużenie do dnia..... terminu złożenia  
pracy dyplomowej pt:

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

pisanej pod kierunkiem

.....

**Uzasadnienie:**

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

.....  
*Podpis studenta*



**Opinia promotora:**

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

.....  
*Data, podpis promotora*

**Decyzja Dziekana/Prodziekana:**

.....

.....  
*Data, podpis Prodziekana*