

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

*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**:

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

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

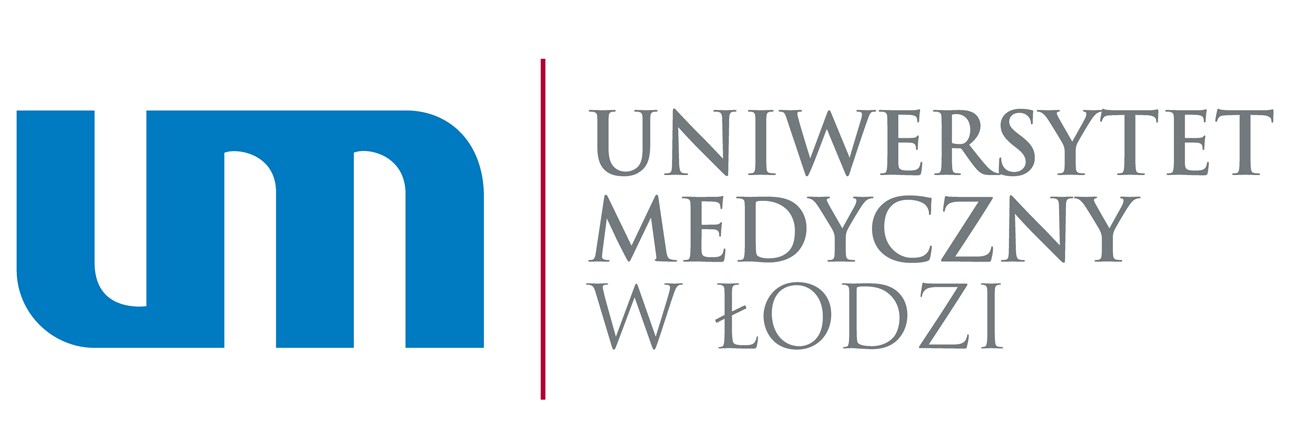
…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

………………………

*Podpis studenta*



**Opinia promotora:**

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

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

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

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

*Data, podpis promotora*

**Decyzja Dziekana/Prodziekana:**

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

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

*Data, podpis Prodziekana*