

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

*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*