.................................................................... Szczecin, dnia ........................

 nazwisko i imię

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

 kierunek,specjalność

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

 nr albumu

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

 adres/nr telefonu

**PROREKTOR DS. STUDENCKICH**

 **dr hab. inż. Arkadiusz Terman**

**Podanie o przedłużenie terminu złożenia pracy dyplomowej**

 Proszę o wyrażenie zgody na przedłużenie terminu złożenia pracy dyplomowej

 do dnia ….………………… z powodu………………………………………………….…………..….

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

Opiekun pracy dyplomowej: ………………………………………….…………..…..…………………

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

 podpis studenta

|  |
| --- |
| Opinia opiekuna pracy dyplomowej: |
| . |

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

 podpis opiekuna pracy

Informacja z dziekanatu: ………………………………………….…………..…..……….…….………

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

|  |
| --- |
| Opinia prodziekana: |
| . |

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

 podpis prodziekana