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