Siedlce, dnia 20 r.

Imię i nazwisko studenta:

………………………………………………………   
Nr albumu:…………………………………..  
Rok i kierunek studiów:

…………………………………………………………  
Forma studiów:

………………………………………………………..   
(nr telefonu/e-mail):

…………………………………………………………….

**Szanowny Pan**

**dr hab. n. med. Jakub Radziszewski, profesor uczelni**

**Dziekan Wydziału Nauk Medycznych**

**i Nauk o Zdrowiu**

**Wniosek o przedłużenie terminu złożenia pracy dyplomowej**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody o przedłużenie terminu złożenia pracy dyplomowej do dnia……………………………………………………………………….

Prośbę motywuję.………………………… ………………………….………… ..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Z poważaniem

………………………….…………

(podpis wnioskodawcy)

Opinia i podpis nauczyciela prowadzącego zajęcia (promotora) wraz z propozycją określenia terminu złożenia pracy

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

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

……………………………………………….

(podpis promotora)