………………………………… (miejscowość, data)

………………………………………………

(imię i nazwisko studenta)

………………………………………………

………………………………………………

(nr telefonu/e-mail)

………………………………………………

(kierunek, rok studiów)

………………………

(nr albumu)

………….

(tryb studiów)

**Szanowny Pan**

**Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Lubomir Bodnar 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 swą motywuję.………………………………………………………………………………………….……………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Z poważaniem

………………………….………………………………………………

(podpis wnioskodawcy)

Opinia i podpis nauczyciela prowadzącego zaj ęcia (promotora) wraz z propozycj ą określenia terminu

 złożenia pracy

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
………………………………
 (podpis promotora)

\* należy uwzględnić terminy określone w § 39 ust. 5 i 6 Regulaminu studiów, stanowiącym załącznik do Uchwały Senatu UwS Nr 61/2024 z dnia 29.05.2024 r.)