Data przyjęcia zgłoszenia (wypełnia Komisja Konkursowa) Numer identyfikacyjny (wypełnia Komisja Konkursowa)

![C:\Users\user\AppData\Local\Temp\Rar$DIa0.416\UMP-WM_logo [300dpi-transparent].tif]()

**Komisja Konkursowa** **Prac** **Dyplomowych**

**Wydziału** **Medycznego**

**Uniwersytetu Medycznego**

**im.** **K.** **Marcinkowskiego w** **Poznaniu**

**WNIOSEK** **ZGŁOSZENIA** **PRACY** **DYPLOMOWEJ**

**NA** **KONKURS** **PRAC** **DYPLOMOWYCH WYDZIAŁU MEDYCZNEGO**

**Imię** **i** **nazwisko** **Autora pracy:** …………………………………………………………………………….………………………………………………….

**Kierunek, poziom studiów:** ………………………………………………………….…………………………………………………………………………

adres e-mail, tel. kontaktowy: ……………………………………………………………………………………………………………………………….

**Tytuł** **pracy** **dyplomowej**:

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

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

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

**Recenzent** **pracy dyplomowej** ……………………………………………………………………………………………………………………………….

....……………………………………………………………

***data i podpis Autora pracy dyplomowej***

**Promotor** **pracy** **dyplomowej** …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Katedra/Zakład: …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

adres e-mail, tel. kontaktowy: ……………………………………………………………………………………………………………………

…..………………………………………………… …

***podpis Promotora pracy dyplomowej***

***\*Wniosek należy złożyć w Dziekanacie Wydziału Medycznego****.*