............................................................................. Poznań, dnia .............................

imię i nazwisko studenta

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

rok studiów, stopień, kierunek, studia stacjonarne/ niestacjonarne

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

nr telefonu

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

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

adres korespondencyjny

Sz. P.

Prof. dr hab. Ryszard Marciniak

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Podanie o przedłużenie terminu złożenia pracy dyplomowej**

**Uzasadnienie:**

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

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

czytelny podpis studenta

**Opinia promotora wraz z określeniem stopnia zaawansowania pracy:**

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

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

podpis promotora pracy

# Decyzja Dziekana

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

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

podpis dziekana