…………………………………

 (data, miejscowość)

………………………………………………

(imię i nazwisko studenta)

………………………………………………

………………………………………………

(adres do korespondencji)

………………………………………………

(telefon kontaktowy do studenta)

………………………………………………

(kierunek, rok studiów)

……………………… .…………….

(tryb studiów) (nr albumu)

 **Prodziekan ds. Studenckich**

 **Dr Robert Dziembowski**

**Podanie o wyrażenie zgody na przesunięcie terminu złożenia**

**pracy dyplomowej**

 Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przesunięcie terminu złożenia pracy dyplomowej do 30 września 20….
na kierunku…………………………………………………………….. stacjonarne/niestacjonarne\* w roku akademickim 20…../20……

 Prośbę swą motywuję tym,…………………………………………………………………. ..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem

 ……………………………………………..

 (własnoręczny podpis studenta)

\*niepotrzebne skreślić