

Student(ka)

.....
(imię/ imiona i nazwisko)

.....
(nr albumu)

.....
(kierunek studiów, specjalność)

.....
(forma studiów–stacj./niestacj., forma kształcenia–jednolite mgr/I-go st./II-go st.)

.....
(rok studiów, semestr)

.....
(telefon kontaktowy)

Warszawa, dnia

Wniosek złożony dn.

Nr ewidencyjny:.....

Dziekan

.....
.....
(nazwa Wydziału)
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o **zatwierdzenie tematu pracy licencjackiej / magisterskiej***

.....
.....
(temat pracy dyplomowej)

Praca będzie wykonana pod kierunkiem

(tytuł / stopień naukowy / zawodowy, imię i nazwisko promotora)

W

(pełna nazwa Zakładu / Kliniki**)

.....
(podpis studenta/ki)

Potwierdzam wybór / uzgodnienie wymienionego powyżej tematu pracy dyplomowej.

.....
(pieczęć imienna i podpis Kierownika Zakładu / Kliniki)

.....
(data i podpis promotora)

Zatwierdzam przedstawiony temat pracy dyplomowej oraz proponowanego promotora.

Na recenzenta pracy wyznaczam

(tytuł / stopień naukowy / zawodowy, imię i nazwisko recenzenta)

zatrudnionego w

(pełna nazwa Zakładu / Kliniki**)

.....
(data i podpis Dziekana)

* *niepotrzebne skreślić*

***jeżeli nie jest to jednostka uczelni (§25 ust. 1, 2 Regulaminu Studiów WUM) – prosimy wpisać jej adres*