……………….., dnia …………………

……………...……………………………….

Imię i nazwisko/ nr albumu

……………….………………………………….

……………….………………………………….

Adres do korespondencji

……………………………………………………………….

Kierunek studiów

……………………………………………………………….

Forma studiów

……………………………………………………………….

Telefon kontaktowy

**Prorektor ds. dydaktycznych**

**dr Beata Pawłowska, prof. PSW**

**WNIOSEK O PRZESUNIĘCIE TERMINU OBRONY**

Proszę o przesunięcie terminu obrony pracy dyplomowej. Zobowiązuję się do złożenia pracy licencjackiej do Dziekanatu w terminie do dnia …………………………………………………………

Uzasadnienie:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………..

podpis studenta

**OPINIA PROMOTORA**

*(należy określić stopień zaawansowania pracy dyplomowej wskazujący na możliwość przeprowadzenia obrony w w/w terminie).*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

……………………………………………… data i podpis promotora

**DECYZJA PROREKTORA**

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

……………………………………………… ………………………………………………

data i podpis Prorektora data i podpis studenta