

Warszawa, dn.

Student/studentka

.....
(imię/ imiona i nazwisko)

.....
(nr albumu)

.....
(kierunek studiów)

.....
(specjalność)

.....
(tryb i poziom studiów: stacjonarne / niestacjonarne , jednolite mgr / I stopnia / II stopnia)

.....
(rok immatrykulacji)

.....
(telefon kontaktowy)

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 / studentki)

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, imię i nazwisko recenzenta)

zatrudnionego/zatrudnioną 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