|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |

Numer albumu

Nazwisko i imię ………………………….……………………………………………

Kierunek/specjalność studiów ……………………………………………….Rok studiów……………………………

Forma studiów: stacjonarne/niestacjonarne\*

Poziom studiów: pierwszego stopnia / drugiego stopnia / jednolite studia magisterskie\*

Adres do korespondencji: ………………………………………………..

 ………………………………………………..

Numer telefonu: ………………………………………………..

**DZIEKAN**

**WYDZIAŁU OCHRONY ZDROWIA**

**AKADEMII TARNOWSKIEJ**

**Wniosek o III termin zaliczenia seminarium**

Zwracam się z prośbą o III termin zaliczenia seminarium dyplomowego/seminarium magisterskiego\*, którego warunkiem zaliczenia jest złożenie pracy dyplomowej.

Prośbę swą motywuję…………………………………………………………………….............................................…………...

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

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

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

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

 Z poważaniem

**Opinia Promotora pracy dyplomowej**

wraz z informacją o stopniu zaawansowania pracy:

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

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

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

**Opinia Prowadzącego seminarium**

 dyplomowe/seminarium magisterskie\*

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

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

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

\*-niewłaściwe skreślić

**ROZSTRZYGNIĘCIE\***

1/ WYRAŻAM ZGODĘ

na III termin zaliczenia seminarium do dnia .............................................................................................................................................................

2/NIE WYRAŻAM ZGODY

na III termin zaliczenia seminarium

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

 (data i podpis Dziekana)

\* właściwe zakreślić

**POUCZENIE:**

*Jeśli student nie zgadza się z rozstrzygnięciem wydanym przez Dziekana, może wystąpić, w terminie 14 dni,
z odwołaniem skierowanym do Prorektora ds. Studenckich i Dydaktyki Akademii Tarnowskiej.*

*Odwołanie należy złożyć na piśmie za pośrednictwem Dziekana Wydziału.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią powyższego rozstrzygnięcia.

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

 (data i podpis studenta)