Łódź, dnia ...................................

………………………………………

*(imię i nazwisko studenta)*

………………………………………

*(adres do korespondencji)*

………………………………………

*(nr albumu)*

………………………………………

*(jednostka organizacyjna prowadząca studia)*

………………………………………

*(kierunek studiów)*

………………………………………

*(poziom kształcenia)*

………………………………………

*(forma studiów)*

**WNIOSEK**

**o dopuszczenie do egzaminu dyplomowego**

**Prodziekan ds. studenckich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o dopuszczenie mnie do egzaminu dyplomowego (licencjackiego/ magisterskiego[[1]](#footnote-1)).

Oświadczam, że spełniam warunki przystąpienia do egzaminu dyplomowego, określone w § 36 ust. 1 Regulaminu studiów w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi (uchwała Senatu Uniwersytetu

Medycznego w Łodzi nr 312/2019 z dnia 27 czerwca 2019 r.)

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

*(podpis studenta)*

Prośbę o dopuszczenie do egzaminu popieram.

Praca dyplomowa została poddana kontroli antyplagiatowej w dniu: ..................................................... Praca dyplomowa (licencjacka/magisterska) zaakceptowana w dniu ...................................................

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

*(data, pieczęć imienna i podpis promotora)*

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)