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 Wydziału Farmaceutycznego**

**ds. Kierunku Farmacja**

**dr hab. prof. UM Bogusława Pietrzak**

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 § 39 ust. 1 Regulaminu studiów w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi (uchwała Senatu Uniwersytetu

Medycznego w Łodzi nr 19/2023 z dnia 27 kwietnia 2023 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)