

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

………………………………………

*(imię i nazwisko studenta)*

………………………………………

*(adres do korespondencji)*

………………………………………

*(nr albumu)*

………………………………………

*(kierunek studiów)*

………………………………………

*(poziom kształcenia)*

………………………………………

*(forma studiów)*

**WNIOSEK**

**o dopuszczenie do egzaminu dyplomowego**

**PRODZIEKAN Wydziału Farmaceutycznego**

 **ds. Oddziału Medycyny Laboratoryjnej UM w Łodzi**

 **dr hab. n. med. Joanna Sikora, prof. UM**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na 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 przystąpienie 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)