Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 87/2019   
z dnia 1 października 2019 r.   
Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

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. Nauki i Rozwoju Nauczania   
Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi   
  
dr hab. n. med. Monika Łukomska – Szymańska prof. UM**

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)*

*[Poniższą część wniosku wypełnia pracownik dziekanatu]*

Student uzyskał średnią ze studiów: ………..........................................................................................

Student złożył w dziekanacie pracę dyplomową (licencjacką/magisterską2) w dniu ............................

Na recenzenta pracy wyznaczono: ........................................................................................................

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

*(data, pieczęć imienna i podpis pracownika)*

**Wyrażam zgodę na dopuszczenie Pana/Pani ............................................. do egzaminu dyplomowego oraz wyznaczam termin egzaminu dyplomowego na dzień: ................**

Do przeprowadzenia egzaminu dyplomowego powołuję komisję egzaminacyjną w następującym składzie:

|  |  |
| --- | --- |
| Przewodniczący:  Promotor:  Recenzent:  Inni członkowie: | ....................................................................................  ....................................................................................  ....................................................................................  ....................................................................................  .........................................................  *(data, pieczęć imienna i podpis*  *Prodziekana ds. kształcenia)* |

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