

(NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

IMIĘ	<input type="text"/>	NAZWISKO	<input type="text"/>
NA ALBUMU	<input type="text"/>	SEMESTR	<input type="text"/>
KIERUNEK	<input type="text"/>		
		POZIOM	<input type="text" value="studia I stopnia / studia II stopnia *"/>

*niepotrzebne skreślić

WNIOSK

**Do Właściwego
Dziekana Wydziału**

W N I O S E K

O PRZESUNIĘCIU TERMIU ZŁOŻENIA PRACY DYPLOMOWEJ

Na podstawie §41, pkt. 2 regulaminu studiów w WSKM w Koninie wnoszę o przesunięcie terminu złożenia pracy dyplomowej.

Uzasadnienie:

miejsowość

data

podpis studenta

Odpowiedź do 14 dni w Dziekanacie.

DECYZJA DZIEKANA

Na podstawie §41, pkt. 2 regulaminu studiów w WSKM w Koninie wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przesunięcie terminu złożenia pracy dyplomowej do dnia _____.

Uzasadnienie odmowy.

miejsowość

data

pieczęć i podpis dziekana

POUCZENIE

Od niniejszej decyzji służy odwołanie do Rektora WSKM w Koninie w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji, za pośrednictwem Właściwego Dziekana Wydziału Studiów edukacyjnych (§5, ust. 2 regulaminu studiów w WSKM w Koninie).

Potwierdzam odbiór kopii:

_____ data

_____ czytelny podpis studenta