



Powiślańska Szkoła Wyższa  
ul. 11 Listopada 29: 82-500 Kwidzyn  
tel/fax (55) 261 31 39; tel. (55) 279 17 68  
[www.wsz.kwidzyn.edu.pl](http://www.wsz.kwidzyn.edu.pl)  
[dziekanat@psw.kwidzyn.edu.pl](mailto:dziekanat@psw.kwidzyn.edu.pl)

Kwidzyn, dnia .....

.....  
imię i nazwisko/ nr albumu

.....  
kierunek/specjalność

.....  
Semestr, którego dotyczy podanie

stacjonarne/niestacjonarne\*

**Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu  
dr n. med. Maria Ignacy Pirski**

**PODANIE**

Proszę o przesunięcie terminu obrony pracy dyplomowej. Zobowiązuję się do złożenia pracy licencjackiej do Dziekanatu w terminie do dnia .....

Uzasadnienie:.....  
.....  
.....  
.....

Z poważaniem

**OPINIA PROMOTORA:**

*(należy określić stopień zaawansowania pracy dyplomowej wskazujący na możliwość przeprowadzenia obrony w w/w terminie).*

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

.....  
data i podpis promotora

**DECYZJA DZIEKANA:**

Wyrażam zgodę .....

Nie wyrażam zgody .....

.....  
data i podpis Dziekana

.....  
data i podpis studenta

(\*) niepotrzebne skreślić